



# Manualisierte Interventionen für die Psychologische Versorgung intensivmedizinisch behandelter PatientInnen und ihrer Angehörigen<sup>1</sup>

Sektion Psychologische Versorgungsstrukturen in der Intensivmedizin

## Einleitung

Die nachfolgenden Interventionen sind eine Zusammenstellung der bereits in der praktischen Arbeit auf Intensivstationen etablierten Verfahren zur psychologischen Versorgung von PatientInnen und Angehörigen.

## Handlungsmodell

Grundlegend ist ein auf psychotraumatologischen Erkenntnissen basierendes notfallpsychologisches Handlungsverständnis [1]. Das Erleben von PatientInnen und Angehörigen im intensivmedizinischen Setting ist demnach als Verlauf eines extrem bedrohlichen Ereignisses zu verstehen [2]. Dabei kann das Ereigniskriterium aus unterschiedlichen Gründen erfüllt sein. So kann einerseits die zugrundeliegende Erkrankung bzw. Verletzung ursächlich sein, andererseits kann auch das Erleben der Behandlung oder von bestimmten Prozeduren als extrem bedrohlich erlebt werden (medical traumatic stress). Nicht zuletzt können auch Phasen fehlender Realitätsorientierung als sehr bedrohlich erlebt werden (Oneiroide, Erleben während Delir). Aufseiten der Angehörigen ist zusätzlich die über längere Zeit *andauernde* Wahrnehmung der Lebensbedrohung der PatientInnen bedeutsam. Psychologische Interventionen in der Intensivmedizin finden folglich im peritraumatischen Zeitraum statt und verfolgen das Ziel, Stressoren zu reduzieren sowie die Handlungsfähigkeit von PatientInnen und Angehörigen zu erhöhen. Damit stellen sie Frühinterventionen dar, die jeder/m Betroffenen mit Bedarf nach Ereignissen von extrem bedrohlicher Natur angeboten werden sollten [3]. Weitere Aufgaben der psychologischen Versorgung in der Intensivmedizin wurden bereits national [4] und international beschrieben [5].

## Haltung

Die Arbeit ist im Kern proaktiv, supportiv und systemisch orientiert [6]. Der Aufbau einer tragfähigen professionellen Beziehung zu PatientInnen und Angehörigen als allgemeiner Wirkfaktor stellt die wichtigste Voraussetzung für die Anwendung jeder Intervention (spezifischer Wirkfaktor) dar. Dabei sollen alle PatientInnen mit Bedarf, auch äusserungs- und wahrnehmungsbeeinträchtigte PatientInnen, gleichberechtigt ein Angebot der psychologischen Versorgung erhalten und deren Kommunikationsfähigkeit soll unterstützt werden [7]. Bezogen auf die Kommunikation im multiprofessionellen Behandlungsteam ist die Haltung überparteilich und lösungsorientiert im Sinne einer optimalen PatientInnenbehandlung [8].

---

<sup>1</sup> Zitierung: DIVI-Sektion Psychologische Versorgungsstrukturen in der Intensivmedizin (2024). Manualisierte Interventionen für die Psychologische Versorgung intensivmedizinisch behandelter PatientInnen und ihrer Angehörigen. Verfügbar unter: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/manualisierte-interventionen-fuer-die-psychologische-versorgung-intensivmedizinisch-behandelter-patientinnen-und-ihrer-angehoerigen/download>

Sofern diese Interventionen bei Indikationsstellung im Rahmen von Psychotherapie erfolgen, unterliegen sie dem Heilkundevorbehalt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b><i>Interventionen für PatientInnen (und ggfls. für Angehörige)</i></b>	<b>4</b>
<b>1.1</b>	<b>Hypnotherapeutische Interventionen</b>	<b>4</b>
1.1.1	Tranceinduktion	4
1.1.2	Ausgewählte Suggestionen	4
<b>1.2</b>	<b>Interventionen zur kognitiven Umstrukturierung</b>	<b>19</b>
1.2.1	Ressourcenaktivierende Gesprächsführung	19
1.2.2	Ressourcenorientierter Lebensrückblick	22
1.2.3	Abschlussgespräch (vor Verlegung)	23
<b>1.3</b>	<b>Interventionen zur Emotionsregulation</b>	<b>25</b>
1.3.1	Umgang mit Problememotionen	25
1.3.2	Positive Selbstverbalisation	27
1.3.3	Krisenintervention	28
1.3.4	Krisenintervention bei PatientInnen nach Suizidversuch	30
1.3.5	Tresorübung	30
1.3.6	Trigger entschärfen	31
<b>1.4</b>	<b>Interventionen zur Körperwahrnehmung</b>	<b>33</b>
1.4.1	Bodyscan	33
1.4.2	Imaginäre Körperreise	35
<b>1.5</b>	<b>Entspannungstechniken</b>	<b>36</b>
1.5.1	Progressive Muskelrelaxation	36
1.5.2	Atementspannung	38
<b>1.6</b>	<b>Interventionen zur Realitätsorientierung</b>	<b>40</b>
1.6.1	5-4-3-2-1-Methode	40
1.6.2	Erlebnisvermeidung	41
1.6.3	Kognitive Defusion	43
1.6.4	Würdezentrierte Therapie	44
1.6.5	Kommunikation mit (invasiv) beatmeten PatientInnen	45
<b>1.7</b>	<b>Interventionen der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)</b>	<b>47</b>
1.7.1	Alptraum-Intervention	47
1.7.2	Pendel	49
1.7.3	Therapeutische Geschichten	50
<b>2</b>	<b><i>Interventionen speziell für Angehörige</i></b>	<b>54</b>
<b>2.1</b>	<b>Intensiv-Tagebuch</b>	<b>54</b>
<b>2.2</b>	<b>Angehörigenbegleitung bei PatientInnen nach Suizidversuch</b>	<b>56</b>
<b>2.3</b>	<b>Familienzentrierte Trauertherapie</b>	<b>58</b>
<b>2.4</b>	<b>Systemische Interventionen</b>	<b>60</b>
<b>3</b>	<b><i>Therapiematerialien</i></b>	<b>61</b>
<b>4</b>	<b><i>Literatur</i></b>	<b>61</b>
<b>5</b>	<b><i>Autoren und Autorinnen</i></b>	<b>62</b>

# 1 Interventionen für PatientInnen (und ggf. für Angehörige)

## 1.1 Hypnotherapeutische Interventionen

Im Folgenden werden mögliche hypnotherapeutische Interventionen im Sinne positiver Suggestionen für das intensivmedizinische Setting vorgestellt.

### 1.1.1 Tranceinduktion

Vor Beginn der Intervention sollten die PatientInnen eine möglichst angenehme Liegeposition einnehmen. Zusätzlich sollten Störungen durch Dritte bestmöglich vermieden werden. Die Tranceinduktion kann im somatischen Setting gut durch eine indirekte Induktion erfolgen, beispielsweise in Anlehnung an Tigges-Limmer et al., [9]: „Wie viele Fenster haben Sie eigentlich in Ihrem Zuhause? Können Sie das bitte jetzt mal für mich herausfinden?“ (PatientInnen dissoziieren in der Regel spontan). „Und so wie Sie gerade eben mit ihrem inneren Auge, ihrer Aufmerksamkeit durch Ihr zu Hause gegangen sind, können Sie jederzeit von hier weg an einen Ort gehen, der viel schöner ist als dieser hier [...].“

Ablauf:

Psychoedukation, Tranceinduktion, ausgewählte Suggestion(en), ggf. Trancerücknahme / Re-Orientierung

Ziele:

Die Ziele der ausgewählten Interventionen sind vielfältig und können unter anderem die Reduktion von Angst und Stress [9], eine Förderung der PatientInnenadhärenz bei invasiver oder nicht-invasiver Beatmung [9, 10, 11] oder auch die Erfahrung von Selbstwirksamkeit [9] umfassen.

### 1.1.2 Ausgewählte Suggestionen

#### 1.1.2.1 (Innerer) sicherer Ort

<b>Name der Intervention / Übung: (Innerer) sicherer Ort</b>
<i>Ziel der Intervention / Übung:</i> Beruhigung, Entspannung, Wohlbefinden, Sicherheit
<i>Zielgruppe:</i> PatientInnen nach traumatisierenden Erfahrungen sowie in akuten bzw. chronischen Stresssituationen
<i>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li><li>- Minderung von Spannungszuständen, Förderung der Entspannung</li><li>- Rückgewinn von Impulskontrolle</li><li>- Aktive Unterbrechung von Angst- und Panikattacken</li><li>- Schmerzreduktion (Ablenkung, Minderung)</li><li>- Ressourcenförderung</li></ul>

- Entspannungsübung, z.B. bei Ein- und Durchschlafstörungen

**Dauer der Intervention:**

Ca. 20 min.

**Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:**

Schritt 1: Edukation und Vorbereitung

Schritt 2: Induktion, inneren sicheren Ort verbildlichen

Schritt 3: Wahrnehmung mit allen Sinnen

Schritt 4: Fokussierung auf zugehörige Emotionen und Körperempfindungen

Schritt 5: Verankerung im Körper erfragen

- Adaption: Einführung verkürzen und darauf hinweisen, dass PatientIn in Gedanken reisen kann
- Ergänzung: wenn PatientInnen reale Orte nennen, dann können Fotos dazu ausgedruckt werden

**Zu verknüpfende Übungen:**

Weitere hypnotherapeutische Interventionen nach Bedarf, Atementspannung

**Quellen / weiterführende Literatur:**

Daitch, C. (2016). *Affektregulation: Hypnotherapeutische Interventionen für überreaktive Klienten*.

Eisfeld, D. „Der sichere Ort“, Audio-CD

Huber, M. (2015). *Der geborgene Ort: Sicherheit und Beruhigung bei chronischem Stress - Ein Übungsbuch mit CD*.

Jensen, M. P. (2012). *Hypnose bei chronischem Schmerz: Ein Behandlungsmanual*.

Reddemann, L. (2016). *Imagination als heilsame Kraft: Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*.

Revenstorff, D. & Peter, B. (2015). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis*. Springer.

Signer-Fischer, S. (2019). *Hypnotherapie - effizient und kreativ: Bewährte Rezepte für die tägliche Praxis*.

Tesarz, J., Seidler, G. H. & Eich, W. (2015). *Schmerzen behandeln mit EMDR: Das Praxishandbuch*. Klett-Cotta.

### 1.1.2.2 Handanker

#### Name der Intervention / Übung: Handanker

##### Ziel der Intervention:

Präoperative Angst kann einen Einfluss auf die postoperative Genesung von herzchirurgischen PatientInnen haben. Studien an BypasspatientInnen zeigen, dass das postoperative Risiko von Vorhofflimmern, akutem Herzinfarkt, stationärer Wiederaufnahme, erhöhter Morbidität und Mortalität steigt, wenn das Angstniveau vorab überdurchschnittlich hoch ist. Die Strategie der Hand-Anker-Technik dient der Operationsvorbereitung und sollte vor der Prämedikation durchgeführt und eingeübt werden. Die Übung unterstützt die Selbstwirksamkeit und aktiviert Ressourcen. Bei der Hand-Anker-Technik werden die einzelnen Finger an individuelle Strategien gebunden. In der für die PatientInnen bedrohlich erlebten Situation werden dann die entsprechenden Strategien zum Erhalt der Kontrolle abgerufen.

##### Zielgruppe:

PatientInnen vor (elektiven) Operationen

##### Einsatzmöglichkeiten & Indikationen:

Zur Vorbereitung auf elektive Eingriffe als Prophylaxe von Belastungsreaktionen / Prä-OP / elektive Eingriffe, auch als Selbstübung.

- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: elektiv anwendbar
- bei Kindern anwendbar: ja
- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein
- Realitätsorientierung erforderlich: ja
- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja

##### Dauer der Intervention:

Ca. 15 – 20 min.

##### Übung:

Unter Anleitung und im späteren Verlauf eigenständig umzusetzen.

##### Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:

Erst eintrainieren, dann anwenden!

#### Angstbewältigung: Hand-Anker-Technik



„Und Sie können Ihre innere Aufmerksamkeit auf Ihre rechte Hand richten, die

*Hand, die auf dem Bauch liegt. Und Sie spüren, wie Ihre rechte Hand Ihre ruhige Atmung begleitet. Jedes Einatmen und jedes Ausatmen. Sie atmen ruhig und spüren, wie die rechte Hand sich hebt und senkt. Und manchmal wird diese rechte Hand vom Bauch begrüßt mit einem kleinen Geräusch. Und nehmen Sie dieses Bauchgeräusch als ein erstes Zeichen einer beginnenden tiefen Entspannung. Atmen Sie so weiter, so lange, tiefe, regelmäßige, ruhige Atemzüge. Und die rechte Hand und der Bauch begleiten einander und der Bauch kann noch mal ein Zeichen seines Einverständnisses geben. Gut so Bauch. Und während Sie weiteratmen, spüren Sie an der Stelle, an der Ihre Hand aufliegt, ein angenehmes Wärmegefühl, ein Gefühl zunehmender angenehmer Wärme, das zwischen Ihrer rechten Hand und Ihrem Bauch hin und her geht. Strömende Wärme bringt Ruhe und Wohlbefinden. Sie fühlen sich mit jedem Ausatmen immer wohler. Ihre regelmäßige ruhige Bauchatmung wird Sie die ganze Zeit begleiten. Und die rechte Hand hilft. Einatmen und Ausatmen. Gut so, wunderbar.*

*Und nun lade ich Sie ein, sich vor Ihrem inneren Auge Ihre linke Hand vorzustellen. Vor Ihrem geschlossenen Auge entsteht das Bild Ihrer linken geöffneten Hand. Stellen Sie sich Ihre linke geöffnete Hand vor, Sie wissen, wie sie aussieht.*

*Und betrachten Sie nun als erstes Ihren linken Daumen. Schauen Sie den Daumennagel und das Gelenk in Ruhe an. Und nun drehen Sie den Daumen in Ihrer Phantasie so herum, dass er nach oben gereckt ist. Gut so. Betrachten Sie Ihren hochgereckten Daumen. Ein hochgereckter Daumen steht bei vielen Menschen für Optimismus und Zuversicht. Daumen hoch heißt Hoffnung hoch. Daumen hoch heißt auch, ich darf Hoffnung haben, dass Alles gut wird. Ich hoffe auf etwas Gutes. Daumen hoch, Hoffnung hoch, daran darf mein Daumen mich erinnern. Und mein hochgereckter Daumen kann noch mehr. Er erinnert mich an das Mögen. I like it, ich mag es. Ich mag mein Leben. Der Daumen steht für das Ja im Leben. Und nun kann Ihr Daumen Sie daran erinnern, dass Sie Ja zu Ihrem Lebenswillen sagen. Ja dazu sagen, dass Sie leben wollen. Ja dazu, dass Ihr Herz Hilfe braucht. Auch Ja dazu, dass Sie in Sorge um sich und Ihren Körper sein dürfen. Ja zu Ihrem Körper sagen, der Ihnen helfen wird, die Operation gut zu bewältigen. Ja zu Ihren Selbstheilungskräften sagen, die immer bei Ihnen sind und die mit jedem Atemzug wirken. Ja zu Ihrer Genesung sagen. Ja. Einfach Ja sagen, daran kann Ihr linker Daumen Sie erinnern.*

*Und nun betrachten Sie mit Ihrem inneren Auge Ihren linken Zeigefinger. Der Zeigefinger steht für Wissen und Vertrauen. Wer in der Schule etwas weiß, hebt den Zeigefinger. Und hier im Krankenhaus gibt es sehr viel Wissen und Information. Und Sie können mit Ihren klugen Ohren genau das hören, was Ihnen guttut und was Sie gut für sich brauchen können. Und Sie können auch das nicht hören, was Sie nicht hören möchten. Wir alle haben schon früh gelernt, wegzuhören, wenn etwas uninteressant ist, und genau hinzuhören, wenn wir etwas für uns brauchen können. Wir haben da einen wunderbaren Filter in uns. Und der funktioniert von alleine, da müssen wir gar nichts machen. Daran kann Sie Ihr linker Zeigefinger erinnern: Ich höre auf genau die Information, die ich für mich gut brauchen kann. Und es steckt noch mehr Wissen in ihm. Sie wissen über den guten Ruf des Hauses. Sie können Vertrauen in die Chirurgen fassen. Die Chirurgen können ihre Arbeit sehr gut, sie sind lange ausgebildet und sehr erfahren. Sie sind kompetent und sicher eingebunden in ein Team. Chirurgen, Narkoseärzte und Pflegende arbeiten Hand in Hand und sind für Ihr Wohlbefinden da. Ihr Herz braucht Hilfe, und Sie brauchen sichere und erfahrene Helfer an Ihrer*

Seite. Das Team ist gut auf Sie vorbereitet und für Sie da. Während Sie wohlbehalten schlafen, passen alle sehr gut auf Sie auf, kümmern sich um Sie und richten ihre ganze Aufmerksamkeit auf Sie. Sie können sich und Ihren Körper dem Team anvertrauen. Sich und dem Team vertrauen. Vertrauen auf Genesung und Heilung, daran kann Ihr Zeigefinger Sie auch erinnern. Ich vertraue meiner Genesung und dem Team. Ich vertraue.

Und nun lade ich Sie ein, Ihren linken Mittelfinger anzuschauen. Betrachten Sie ihn in Ruhe. Der Mittelfinger ist der längste Finger. Und er kann Sie erinnern an Ihre langen Ziele in der Zukunft. Langer Finger, langes Ziel. Und wenn Sie mögen, spazieren Sie nun mit Ihren Gedanken in die Zukunft. Spazieren Sie ein halbes Jahr weiter als jetzt. Sechs Monate in die Zukunft. In welcher Jahreszeit befinden Sie sich dann? Wo sehen Sie sich selbst? Stellen Sie sich vor, wie Sie mit Ihrem gut operierten Herzen etwas tun, was Sie richtig gerne tun. Was tun Sie wohl? Und wo sehen Sie sich gerade? Schauen Sie sich in Ruhe um. Welche Farben und Formen sehen Sie? Hören Sie vielleicht typische Geräusche? Hören Sie ruhig noch genauer hin. Vielleicht riechen Sie auch etwas Besonderes. Wie angenehm es sein kann, etwas Schönes zu riechen. Vielleicht fühlen Sie etwas mit und auf Ihrer Haut. Und wenn Sie sich gerade wohl fühlen, genießen Sie die Ruhe dieses Gefühls. Wie angenehm und entspannt Sie sich fühlen. Ihr linker Mittelfinger erinnert Sie an einen schönen Moment in Ihrer Zukunft. Schöne Momente in der Zukunft.

Und wenn Sie nun mögen, betrachten Sie Ihren linken Ringfinger aufmerksam und in Ruhe. Viele Menschen tragen tatsächlich einen Ring am Ringfinger. Der Ringfinger steht seit jeher schon für die Liebe. Das kann die Liebe zu einem Partner, zu Kindern oder Enkeln, zu Freunden, zu Nachbarn oder auch zu einem Haustier sein. Vielleicht auch die Liebe zur Natur oder zur Kunst. Die Liebe nährt und kräftigt. Die Liebe trägt und beflügelt. Sie sind nicht allein, die Liebe begleitet Sie überall hin. Das kann auch die Liebe von einer höheren Macht sein. Es kann die Liebe zum Leben sein. Stellen Sie sich vor, Sie nehmen Ihre besondere Liebe mit in Ihren Körper. Diese Liebe begleitet Sie, überwindet Grenzen und Mauern und strömt hinein bis in den Operationssaal. Daran kann der Ringfinger erinnern, an die Liebe. Ich werde geliebt und ich liebe.

Und nun betrachten Sie noch Ihren kleinen linken Finger. Die Kleinen sind oft die Schelme. Manchmal sind die Kleinen auch die Lümmel, die Frechen. Sie bringen etwas Leichtigkeit und Luftiges ins Geschehen. Weit weg von allem Ernstem und Schwerem. Sie mussten sich in letzter Zeit mit Schwerem beschäftigen, wie schön ist es da, sich auf etwas Leichtes und vielleicht sogar Freches zu freuen. Vielleicht gibt es noch etwas Unsinniges, Spielerisches und Freches, was Sie sich später als Belohnung nach der Operation gestatten möchten. Mich selbst mit etwas außer der Reihe Schönem, Spielerischem belohnen, wenn ich diese Herausforderung hier gut gemeistert habe. Daran kann mein kleiner Finger mich erinnern. Eine Belohnung. Mhm ... Und er kann noch etwas, er kann mich entführen. Hinein in etwas Wohliges und Geborgenes. Und wenn Sie nun mögen, dann gehen Sie in Ihrer Erinnerung an einen Ort des Wohlbefindens. Lassen Sie sich von Ihrer Erinnerung dorthin tragen, wo Sie sich leicht, unbeschwert, wohl und zufrieden gefühlt haben. Einfach mal neugierig sein, wo Ihre Erinnerung Sie hinträgt. Und wenn Sie einen guten Ort gefunden haben, schauen Sie sich dort in Ruhe um. Sehen Sie sich intensiv die Farben und Formen dort an. Hören Sie vielleicht typische Geräusche? Hören Sie ruhig noch genauer hin. Vielleicht riechen Sie auch etwas Besonderes. Wie angenehm es sein kann, etwas Schönes zu riechen.



*Vielleicht fühlen Sie etwas mit und auf Ihrer Haut. Und wenn Sie sich gerade wohl fühlen, genießen Sie in Ruhe dieses Gefühl. Wie angenehm und entspannt Sie sich fühlen können, an Ihrem besonderen Ort der Ruhe und des Wohlbefindens. An diesem Ort können Sie immer in Ihre innere Welt gehen, an diesem besonderen Ort der Leichtigkeit, des Wohlbefindens und der Zufriedenheit. Daran kann Sie der kleine Finger erinnern: In mir ist Ruhe und Leichtigkeit. Ich fühle mich ruhig und wohl.*

*Und immer, wenn Ihnen danach ist, schauen Sie sich in Ruhe Ihre linke Hand an und erinnern Sie sich von alleine an die Kraft in Ihnen. An Ihr Ja zum Leben, Ihr Vertrauen, Ihre Ziele, Ihre Liebe und Ihren inneren Ort der Ruhe. Manchmal kommt Ihnen ein besonderer Finger in den Sinn, manchmal ein anderer. Ganz so, wie es passt und für Sie stimmig ist. In Ihrer linken Hand zeigen sich Ihre inneren Kräfte. Und nun lade ich Sie noch ein, sich Ihre linke Hand zum (hier zu operierendes Körperteil einfügen, z. B. Herzen) zu führen, dorthin, wo bald operiert wird. Langsam die linke Hand auf Ihr Herz legen. Nun liegt die Hand auf. Ganz ruhig, leicht und angenehm. Und wenn Sie mögen, stellen Sie sich vor, wie Ihre Kraft, Ihr Vertrauen, Ihre Liebe, guten Wünsche und Ruhe in Ihren Körper an genau diese Stelle strömen. Und dabei Zuversicht und Vertrauen wachsen. Verweilen Sie so lange, wie es Ihnen guttut bei Ihnen und Ihrem Körper und spüren Sie dabei, wie Ruhe und Zuversicht in Ihnen wachsen. Genießen Sie die angenehme Zuversicht.“*

1. Finger mit Strategien belegen
2. Einüben und Abrufen, ggf. korrigieren
3. Durchführen<sup>2</sup>
4. Nachbesprechen

<sup>1</sup> Es kann hilfreich sein, das gesamte Behandlungsteam zu informieren, dass der/die PatientIn eine entsprechende Strategie eingeübt hat (Bsp.: Pat bekommt ein Klebchen / Tape an die Hand). Hierzu braucht es aber eine fachübergreifende Konzeption innerhalb der Klinik.

**Zu verknüpfende Übungen:**

Bspw. Ressourcenaktivierende Gesprächsführung, Atementspannung

**Quellen / weiterführende Literatur:**

Tigges-Limmer, K., Brocks, Y. & Gummert, J. (2018). Hypnotherapeutische Prophylaxe und Behandlung von Traumatisierungen im Akutkrankenhaus. PPM - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 68(08), e18–e19. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667918>.

Maschek, S. (2015.) Der Einfluss von präoperativen Coping-Strategien auf die Genesung nach einem chirurgischen Eingriff Ein systematisches Review der aktuellen empirischen Forschungsliteratur. GRIN Verlag.

### 1.1.2.3 Suggestion zur Annahme der Atemmaschine (Ebbe und Flut)

<b>Name der Intervention: Suggestion zur Annahme der Atemmaschine / Ebbe und Flut</b>
<b>Ziel der Intervention:</b> Abbau von Angst (Erhöhung Adhärenz); Kontrollerleben stärken
<b>Zielgruppe:</b> PatientInnen mit Atmungstherapie, v. a. non-invasiver Beatmung (NIV)
<b>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</b> Panik/ Unwohlsein bei nicht-invasiver Atemtherapie <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: beides möglich</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<b>Dauer der Intervention:</b> Ca. 10 – 15 min.
<b>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Unbedingt vorab Teamedukation: Übung soll den PatientInnen Kontrolle in der Situation der non-invasiven Beatmung (NIV) vermitteln.</li><li>• Vorbereitung der PatientInnen durch Psychoedukation, Erarbeitung des Teufelskreises der Angst, häufig in Kombination mit kognitiven Techniken wirksam, kognitiver Defusion, kognitiver Umstrukturierung.</li></ul> <p><i>„Tauchen Sie im eigenen Rhythmus ab und begeben sich vielleicht an einen Strand, an dem es warm ist - so warm, wie es im Sommer warm ist, dass Sie sich in den Sand legen können und die Wärme von unten spüren. Und sobald Sie sich an dem Strand befinden - möchte ich Sie bitten, einmal zu überprüfen - ob es dort windig ist und - welche Temperatur der Wind hat - ob Sie den Wind im Gesicht spüren oder an den Händen. Legen Sie sich jetzt bitte hin - sodass die Füße zum Wasser zeigen und der Kopf vom Wasser weg. Nun lassen Sie das Wasser ganz langsam an Ihre Füße fluten, sodass das Wasser sich mit dem Sand vermischt und wie ein Bimsstein die Fersen scheuert. Die Fersen werden so gesäubert, und es wird eine direkte Verbindung zwischen Ihrem Körper und dem Wasser hergestellt. Als nächstes lassen Sie vom Kopf über die Arme, über den ganzen Ober- und Unterkörper, durch die Beine hindurch einen Strom fließen, einen Strom wie ein Fluss, in dem sich alle Brocken und Abfälle befinden und weggespült werden, einen Strom, der von oben, vom Kopf durch den Körper über die Fersen ins Meer abfließt und das Gemisch von Abfällen und Schlamm wegspült. Werfen Sie alles, was Sie nicht mehr brauchen - in Gedanken - in dieses Wasser! Und wenn Sie irgendeinen Bereich haben, der Ihnen Beschwerden bereitet, werfen Sie rein gedanklich diese Beschwerden mit in diesen Strom, sodass sie aus Ihrem Körper gespült werden. Achten Sie darauf, wie sie sich ins Meer ergießen und verschwinden. Nun lassen Sie das Wasser abfließen, so wie sich das Meer bei Ebbe zurückzieht. Genießen Sie die Wärme, wenn das Wasser geht. Sobald alles trocken ist und Sie vielleicht das Salz noch auf der Haut spüren - kribbelnd oder etwas klebrig - sobald Sie trocken sind, lassen Sie das Meerwasser wieder anfluten, sodass der untere Teil des Fußes und der ganze Unterschenkel im Wasser liegen. Lassen Sie nun Unterschenkel und Fuß von dem Sand-Wasser-Gemisch reinigen. Das Sand-Wasser-Gemisch reinigt wie ein Bimsstein die Haut</i></p>

*und stellt einen guten Kontakt zwischen Ihnen und dem Wasser her. Und jetzt möchte ich Sie wiederum bitten, all das, was Ihr Körper nicht mehr braucht, wie Aufregung, Unzufriedenheit, Ärger, unnötige Ängste, Schmerzen oder andere Beschwerden, in den Strom zu werfen, der vom Kopf durch den Oberkörper und Unterkörper, durch beide Beine fließt und durch die besonders gereinigten Kontaktstellen mit dem Wasser sich ins Meer ergießt. Geben Sie alles in den Strom und lassen Sie sie nach unten abfließen, geben Sie alles rein, was Sie nicht mehr brauchen. Lassen Sie sich Zeit dabei. Atmen Sie ruhig und gelassen. Ihr Körper tut es von allein. Und seien Sie neugierig, was von selbst aus ihm herausfließt. Und nachdem Sie einiges von dem, was Sie nicht mehr brauchen, in den Fluss geworfen haben, achten Sie bitte darauf, wie der Fluss langsam klarer wird. Weniger Schlamm, weniger Brocken lassen ihn klarer werden. Bitte beachten Sie Ihre Atmung, wird sie lockerer? Wird sie befreiter? Und vielleicht achten Sie erneut auf den warmen Sand an Ihrem Rücken. Liegen Sie noch bequem? Lockert sich Ihre Muskulatur? Der Strom reinigt sich mehr und mehr in seinem Tempo. Werfen Sie Alles hinein! In Ihrem eigenen Rhythmus! Lassen Sie nun das Wasser wieder abziehen, es ist Ebbe, es wird trocken. Lassen Sie die Sonne erneut auf Ihren Körper scheinen, bis Unterschenkel und Füße richtig trocken werden - von der Sonne - von der Energie der Sonne. Sobald Sie richtig trocken sind und das Salz auf der Haut spüren, stellen Sie sich bitte vor, wie das Sonnenlicht Ihren ganzen Körper durchdringt und Sie eine angenehme Farbe bekommen. Lassen Sie sich von der Sonne bescheinen und richtig trocknen. Genießen Sie die Wärme. Lassen Sie die Sonne erneut auf Ihren Körper scheinen, bis Unterschenkel und Füße richtig trocken werden - von der Sonne - von der Energie der Sonne. Sobald Sie richtig trocken sind und das Salz auf der Haut spüren, stellen Sie sich bitte vor, wie das Sonnenlicht Ihren ganzen Körper durchdringt und Sie eine angenehme Farbe bekommen, sodass Sie durch und durch die Energie aufnehmen und die Anspannung Millimeter um Millimeter lösen. In Ihrem Tempo. Genau. Wirklich relaxen!“*

**Zu verknüpfende Übungen:**

Bspw. Atementspannung, Bodyscan

**Quellen & weiterführende Literatur:**

Peseschkian, N. Der Kaufmann und der Papagei, S. Fischer. ISBN 978-3-596-23300-7 <https://www.luise-reddemann.de>.

#### 1.1.2.4 Spaziergang am Meer

<b>Name der Intervention / Übung: Spaziergang am Meer</b>
<b>Ziel der Intervention:</b> Wertschätzung und Ressourcenaktivierung der PatientInnen / Angehörigen. Befreiende Erfahrung von Mobilität, Vitalität, Freiheit, Sicherheit, Kraft auftanken
<b>Zielgruppe:</b> PatientInnen und Angehörige
<b>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</b> Unterstützung der medizinischen Behandlung v. a. bei Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Schlaflosigkeit, Unruhe, Gedankenrasen, Hilflosigkeitserleben > CAVE: LangliegerInnen, palliative PatientInnen / Angehörige. <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ausschließlich elektiv</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<b>Dauer der Intervention:</b> Ca. 5 – 20 min.
<b>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Kurze Information: Das Schlimmste, was Ihnen passieren kann ist, dass die Übung für Sie nicht passt. Dann unterbrechen Sie mich bitte. Ich habe nichts davon, wenn Sie daliegen und innerlich mit den Fingern trommeln, wann ich endlich mit der Übung fertig bin – davon profitieren wir beide nicht. Ihre Aufgabe ist es, es sich im Rahmen Ihrer Möglichkeiten bequem zu machen. Sollten Sie sich räuspern, husten oder sich kratzen müssen, dann machen Sie das bitte ruhig.“</i></li><li>• <i>Einleitung über auditive Wahrnehmung: „Sie können die Augen schließen, oder die Augen im Raum umherschweifen lassen oder sich einen festen Punkt suchen, den die Augen fixieren. Am besten lassen Sie die Augen entscheiden, was für sie das Beste ist – die wissen in der Regel ziemlich genau, was ihnen gut tut. Dann lade ich Sie ein, die Aufmerksamkeit auf das Hören zu richten. Da sind die Geräusche draußen, außerhalb des Gebäudes: (z. B. Verkehr, Vogelzwitschern, Stimmen, Schritte, Presslufthammer, Martinshorn... aufzählen, was zu hören ist). Und dann sind da die Geräusche hier im Gebäude: (z. B. Schritte, Klirren, Scheppern, Türen schließen, Zimmerklingel, Geräusche der Geräte außerhalb des Raumes, etc.), Und dann gibt es die Geräusche hier im Raum: (wenn z. B. vorhanden: Blubbern des Sauerstoffgeräts, Uhrenticken) das Geräusch von raschelndem Stoff, wenn einer von uns sich bewegt, das Geräusch des Atems der Anderen und der Klang meiner Stimme, der sie folgen können. Wenn Sie lieber was ganz anderem folgen wollen, dann nutzen Sie meine Stimme als Klangteppich, der Ihnen Halt und Sicherheit gibt. Und dann sind da auch noch die Geräusche in Ihnen drinnen: das Geräusch Ihres eigenen Atems, und der Klang Ihrer eigenen inneren Stimme, die sich vielleicht mit Ihnen in einem inneren Austausch befindet.“</i></li></ul>

### Übung selbst:

- *„Dann lenken Sie die Aufmerksamkeit noch weiter nach innen und stellen sich vor, eine Reise anzutreten ... eine Reise zu einer Meeresküste ... Eine Meeresküste, die Ihnen bekannt ist oder eine, die Sie gerade in Ihrer Fantasie erschaffen.... Es ist ein warmer, sonniger Tag und Sie sind dort, am Meer ... Sie beginnen einen Spaziergang.... Ihr Weg führt Sie am Meer entlang ... Sie gehen ... langsam und gelassen ... Sie haben Zeit ... Die Sonne scheint ... Sie spüren die Wärme der Sonne auf der Haut ... eine angenehme Wärme ... Genießen Sie die Schönheit um sich herum ... nichts anderes ist wichtig.... Sie gehen weiter .... Spüren Sie den angenehm warmen Sand unter Ihren Füßen ... wenn Sie mögen gehen Sie zum Wasser hin und lassen das angenehm temperierte Wasser sanft Ihre Füße umspülen... Sie fühlen sich ruhig und gelassen ... und gehen weiter... Dann kommen Sie zu einem besonders schönen Ort (Beispiele möglich)... Dort machen Sie es sich bequem setzen oder legen sich hin ... und schauen sich ganz in Ruhe um... nehmen Sie alles um sich herum wahr ... die Farben, die Geräusche ... den Geruch des Meeres ... Und schauen Sie hinaus auf das Meer ... weit hinaus ... zum Horizont, wo das Meer den Himmel berührt... Ein leichter, angenehmer Wind weht vom Meer ... Sie schmecken das Salz in der Luft .... Und Sie spüren die grenzenlose Lebenskraft des Meeres ... und Sie atmen – ruhig und gleichmäßig ... mit jedem Atemzug nehmen Sie die Lebenskraft des Meeres in sich auf ... und vielleicht spüren Sie, wie angenehm sich das in Ihrem Körper anfühlt ... Und wie sich diese Lebenskraft auf eine ganz angenehme Art und Weise in Ihrem Körper ausbreitet .... Mit jedem Atemzug .... Nehmen Sie so viel Lebenskraft des Meeres in sich auf, wie Sie im Moment brauchen ...*
- *Und wenn Sie dann das Gefühl bekommen, für den Moment genug aufgetankt zu haben, stellen Sie sich darauf ein, sich von diesem schönen inneren Bild, diesem heilsamen Ort langsam zu verabschieden. Machen Sie sich bewusst, dass Sie in Ihrer Vorstellung jederzeit dorthin zurückkehren können ...“*
- *Ausleitung: „Bereiten Sie sich nun ganz langsam darauf vor, diese Übung zu beenden ... ich werde gleich beginnen, langsam von 1 bis 10 zu zählen ... und Sie kommen während dieser Zeit in Ihrem Tempo mit der Aufmerksamkeit wieder zurück ... 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10 ... Wenn Sie mögen (und können) räkeln und strecken Sie sich .. atmen dabei tief ein und aus ... und wenn Sie mögen, öffnen Sie wieder die Augen ... und sind zurück im Raum.“*

### Lichtstrom-Übung:

- *Einleitung, danach „Stellen Sie sich jetzt irgendeine Farbe vor, die für Sie mit Heilung (bei hoch palliativ besser: Wohlbefinden) verbunden ist, es können auch mehrere Farben sein, die vor Ihrem inneren Auge auftauchen... lassen Sie alles so zu, wie es erscheint und genießen Sie es.... Spüren Sie, welche Farbe für Sie mit Heilung (Wohlbefinden) verbunden ist ... und dann stellen Sie sich vor, dass ein Licht in dieser Farbe von oben durch Ihren Kopf in Sie hineinstrahlt und Ihren ganzen Körper durchströmt ... Sie spüren, wie das Licht in dieser Farbe, in der Farbe, die Sie mit Heilung (Wohlbefinden) verbinden, Ihren ganzen Körper wunderbar durchströmt ... wenn Sie möchten, können Sie sich auch vorstellen, das Licht ganz bewusst zu bestimmten Stellen in Ihrem Körper zu schicken .. spüren Sie, wie angenehm sich das anfühlt ... nehmen Sie sich Zeit dafür -- manchmal ändern sich die Farben, manchmal aber auch*

*nicht .. genießen Sie es einfach .. und je mehr Licht in dieser angenehmen, mit Heilung (Wohlbefinden) verbundenen Farbe Sie verbrauchen, um so mehr ist für Sie da ...“ Ausleitung. Es kann auch angeregt werden, Alltagsgegenstände (z. B. Tasse, Kugelschreiber) in dieser Farbe bewusst als Hinweisreize für heilsame Energieerfahrungen zu nutzen.*

Baumübung:

- *Einleitung: „Machen Sie es sich bequem. Sie können die Augen schließen oder die Augen im Raum umherschweifen lassen oder sich einen festen Punkt suchen, den die Augen fixieren. Am besten lassen Sie die Augen entscheiden, was für sie das Beste ist – die wissen in der Regel ziemlich genau, was ihnen gut tut. Dann lade ich Sie ein, die Aufmerksamkeit auf das Hören zu richten. Da sind die Geräusche draußen, außerhalb des Gebäudes: (z. B. Verkehr, Vogelzwitschern, Stimmen, Schritte, Presslufthammer, Martinshorn... aufzählen, was zu hören ist). Und dann sind da die Geräusche hier im Gebäude: (z. B. Schritte, Klirren, Scheppern, Türen schließen, Zimmerklingel). Und dann gibt es die Geräusche hier im Raum: (wenn vorhanden: z. B. Blubbern des Sauerstoffgeräts, Uhrenticken) das Geräusch von raschelndem Stoff, wenn einer von uns sich bewegt, das Geräusch des Atems der Anderen und der Klang meiner Stimme, der sie folgen können. Wenn Sie lieber was ganz anderem folgen wollen, dann nutzen Sie meine Stimme als Klangteppich, der Ihnen Halt und Sicherheit gibt. Und dann sind da auch noch die Geräusche in Ihnen drinnen: das Geräusch Ihres eigenen Atems und der Klang Ihrer eigenen inneren Stimme, die sich vielleicht mit Ihnen in einem inneren Austausch befindet.*
- *Und dann lade ich Sie ein, die Aufmerksamkeit noch weiter nach innen zu lenken und sich jetzt eine angenehme Landschaft vorzustellen. Schauen Sie sich ein wenig um, ob dort ein Baum ist, der Ihnen gefällt. Stellen Sie sich einen Baum vor, der alles hat, was er braucht. Nehmen Sie sich Zeit dafür. Es kann sein, dass sich dieser Baum in der anfänglichen Landschaft befindet, es kann aber auch ein ganz anderer Baum vor Ihrem inneren Auge auftauchen. Vielleicht tauchen auch mehrere Bäume vor Ihrem inneren Auge auf. Wenn dem so ist, dann entscheiden Sie sich vielleicht für einen Baum, für einen Baum, der alles hat, was er braucht. Nehmen Sie mit allen Ihren Sinnen Kontakt auf zu dem Baum. Sie betrachten den Baum. Achten Sie dabei auf alle Dinge, die ihnen wichtig sind. Vielleicht ist Ihnen dabei auch die Jahreszeit wichtig oder auch die Tageszeit. Spüren Sie, was für Sie von Bedeutung ist, wenn Sie sich mit diesem, mit Ihrem Baum beschäftigen. Vielleicht hören Sie etwas, zum Beispiel den Wind in den Ästen und Zweigen oder irgendetwas anderes, was für Sie angenehm ist. Sie können sich alles so ausmalen, dass es für Sie vollkommen schön und angenehm ist. Vielleicht nehmen Sie auch angenehme Gerüche wahr, etwa von Holz oder Harz oder Rinde oder Erde oder von etwas anderem, was Ihnen angenehm ist. Wenn Sie möchten, nehmen Sie Kontakt zu dem Baum auf. Sie ertasten den Baumstamm oder ganz speziell die Rinde. Wenn Sie möchten, können Sie sich auch vorstellen, sich entweder an den Baum anzulehnen oder Sie stellen sich vor, dass Sie ganz mit dem Baum eins sind, dass Sie der Baum sind. Sie spüren die Wurzeln des Baumes in der Erde. Sie spüren den Baumstamm. Sie nehmen die Äste und Zweige im Licht und in der Luft wahr und spüren die Gefühle von Weite und Freiheit, die damit verbunden sein können. Wenn Sie möchten, spüren Sie Gefühle von zärtlicher Leichtigkeit von den Ästen oder den Blättern im Wind. (Cave bei Atemnot) Atmen Sie tief ein und aus und achten dabei darauf, wie es*

*ist, sich verwurzelt zu fühlen. Wie angenehm es ist, Halt zu spüren durch die weit, weit im Erdreich verzweigten Wurzeln. Oder Sie spüren, wie gut es tun kann, Kraft aufzutanken durch das Sonnenlicht. Jetzt können Sie einmal darauf achten, welche Nahrung Sie jetzt brauchen, was Ihnen fehlt. Und all das, all das nehmen Sie ganz achtsam über die Energie der Wurzeln und die Energie des Sonnenlichts auf. Sie spüren, wie viel Energie aus dem Erdreich für Sie da ist und über die Wurzeln in Ihren Körper strömt. Sie spüren auch, wie Sie durch die Energie der Luft und der Sonne aufftanken und spüren, wie gut es ist, dafür nichts tun zu müssen: je mehr Energie Sie brauchen, umso mehr ist für Sie da.“ (Hat sich bewährt, einfach in Ruhe starke positive Worte aufzuzählen): Energie, Halt, Kraft, Leichtigkeit, Zärtlichkeit, Weite, Freiheit, Halt, Verwurzelt sein, Lebenskraft, Wohlbefinden, Wohlgefühl.*

- *„Und wenn Sie dann das Gefühl haben, für den Moment genug aufgeladent zu haben, stellen Sie sich darauf ein, sich von dieser Übung, von Ihrem Baum zu verabschieden. Begleiten Sie dies mit einem kleinen Lächeln auf Ihren Lippen. Und treten dann aus dem Baum heraus oder wenn Sie sich angelehnt hatten, entfernen Sie sich innerlich ein paar Schritte von Ihrem Baum, Sie können sich auch bei Ihrem Baum bedanken in dem Wissen, dass Sie jederzeit wieder zu ihm Kontakt aufnehmen können. Dann können Sie den Baum noch einmal aus der Ferne betrachten und auch die umgebende Landschaft. Und dann stellen Sie sich darauf ein, dass diese Übung zu Ende geht...“ Ausleitung.*

Atme und lächle:

- *Einleitung: „Machen Sie es sich bequem, schließen Sie, wenn es geht die Augen und genießen Sie, so weit es möglich ist, dass Sie jetzt Zeit haben, sich zu entspannen. Wenn Sie möchten, richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihren Atem. ... Spüren Sie, wie sich beim Einatmen Ihre Bauchdecke hebt und beim Ausatmen wieder senkt. Achten Sie einfach einige Male auf diesen Wechsel von Einatmen und Ausatmen.... Wenn Sie möchten, können Sie sich auch beim Einatmen das kleine Wort .. „ein“ .. vorstellen, und beim Ausatmen das Wort .. „aus“.. Tun Sie dies einige Male und genießen Sie das so, wie es im Moment ist. ... einfach beim Einatmen .. „ein“.. denken und beim Ausatmen ..“aus“ – Und dann erinnern Sie sich einfach mal daran, worüber Sie sich heute schon gefreut haben. ... das kann irgendeine Kleinigkeit sein...“ (hier an Gegebenheiten anpassen) vielleicht die zufällige Beobachtung eines Vogels, oder die Freude am Frühstück, ein liebes Wort, ein bestimmter Duft oder irgendetwas anderes ... „und wenn Sie daran denken, dann lassen Sie beim Ausatmen das kleinstmögliche Lächeln auf Ihren Lippen entstehen .. genießen Sie das einige Momente ... und spüren Sie, wie angenehm sich das anfühlt... und dann“. (entweder Ausleitung oder Übergang in eine andere Übung (Wohlfühlort, Lichtstrom-Übung o. ä.)*

**Zu verknüpfende Übungen:**

Bspw. Atementspannung oder Bodyscan

**Quellen / weiterführende Literatur:**

Diegelmann C & Isermann M (2011): Kraft in der Krise. Ressourcen gegen die Angst. Stuttgart: Klett-Cotta.

Weis J, Brocai D, Heckel U & Seuthe-Witz S (2018): Psychoedukation mit Krebspatienten. Stuttgart: Klett-Cotta.

Hadjibalassi M, Lambrinou E, Papastavrou E, Papathanassoglou E. The effect of guided imagery on physiological and psychological outcomes of adult ICU patients: A systematic literature review and methodological implications. Aust Crit Care. 2018 Mar;31(2):73-86. doi: 10.1016/j.aucc.2017.03.001. Epub 2017 Mar 29. PMID: 28365068.

### 1.1.2.5 Applied Tension

<b>Name der Intervention / Übung: Applied Tension</b>
<b>Ziel der Intervention:</b> Die Blut-Spritzen-Phobie (Trypanophobie) unterscheidet sich in der Behandlung von allen anderen spezifischen Phobien. Bei dieser Phobie gibt es ein spezifisches physiologisches Reaktionsmuster. Es steigen zunächst, wie bei allen anderen Angststörungen, die Herzrate und der Blutdruck an. Danach erfolgt jedoch ein schneller Abfall dieser Parameter, was als biphasische vasovagale Reaktion (vasovagale Synkope) verstanden wird. Dabei agiert der Nervus vagus als Initiator, um in der ersten, durch den Sympathikus hervorgerufenen Reaktion eine Gegenreaktion auszulösen, indem eine Vasodilatation eingeleitet wird, was die Herzrate und den Blutdruck senken. Nicht selten kommt es zur Ohnmacht oder Bewusstlosigkeit. DD: Panikattacken, Angina pectoris <sup>3</sup> . → Applied Tension: graduierte Konfrontation, Ziel: durchschnittlicher Anstieg des Blutdrucks um 15 mmHg (systolisch) bzw. um 10 mmHg (diastolisch)
<b>Zielgruppe:</b> Spezialfall Tyranophobie
<b>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</b> bei Bedarf <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ausschließlich elektiv</li><li>- bei Kindern anwendbar: ab Jugendalter möglich</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: nein</li></ul>
<b>Dauer der Intervention:</b> Ca. 5 – 15 min.
<b>Übung:</b> Unter Anleitung und im späteren Verlauf eigenständig umzusetzen
<b>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</b> Erst eintrainieren, dann anwenden! <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anspannung der großen Skelettmuskeln (Arme, Brust, Beine) für 15 – 20 sec. und dann Lockerung zum Ausgangsniveau (Cave: keine Entspannung).</li><li>2. Wiederholen alle 30 sec.</li><li>3. Bei ersten Symptomen eines Blutdruckabfalls (Schwindel, mulmiges Gefühl) Technik anwenden bis Symptome abklingen.</li></ol>
<b>Zu verknüpfende Übungen:</b> Je nach Bedarf, meist als Einzelintervention genutzt
<b>Quellen / weiterführende Literatur:</b> Öst, L.-G. & Sterner, U. (1987). Applied tension: a specific behavioral method for treatment of blood phobia. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 25, 25–29. Öst, L.-G., Johansson, J. & Jerre. Öst, L.G. (2009). Spezifische Phobien. In: Margraf, J., Schneider, S. (eds) <i>Lehrbuch der Verhaltenstherapie</i> . Springer, Berlin, Heidelberg. <a href="https://doi.org/10.1007/978-3-540-79543-8_2">https://doi.org/10.1007/978-3-540-79543-8_2</a> .

<sup>3</sup> Angina pectoris: Herzschmerzen eher mittig, Angsterkrankungen eher linksseitig, Herzerkrankungen eher in Verbindung mit körperlichen Aktivitäten



### 1.1.2.6 Zaubermantel

<b>Name der Intervention / Übung: Zaubermantel</b>
<b>Ziel der Intervention / Übung:</b> Schutz bei empfundener Hilflosigkeit, Verletzung von Würde
<b>Zielgruppe:</b> PatientInnen mit dem Empfinden von Scham und Hilflosigkeit
<b>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</b> Realitätsorientierte, verbal kommunikationsfähige PatientInnen, auch Variante für PatientInnen denkbar, die noch keinen Sprechaufsatz verwenden können <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<b>Dauer der Intervention:</b> Ca. 30 min.
<b>Durchführung:</b> <b>Beschreibung der Intervention / Übung:</b>  Pacing: Im vorbereitenden Gespräch geht es zunächst darum, Verständnis für die besondere Situation der Kränkung zu zeigen, sich auf die Seite des verletzten Patienten oder der Patientin zu stellen und gemeinsam eine echte annehmende Haltung für den gekränkten Teil der Person zu finden.  Ziel: Empfindsamkeit würdigen, sich bei ihr bedanken, sie als inneres Alarmsystem wertschätzen; anschließend den PatientInnen den Zaubermantel anbieten.  Leading: <i>Ein dickes Fell können wir uns alle nicht wachsen lassen und dann würden wir auch unseren empfindsamen, sensiblen Teil einbüßen, der ja auch einen wunderbaren Zweck erfüllt. Ohne unser Fingerspitzengefühl, unsere Feinnervigkeit und Empfindsamkeit wären wir doch eher grob, stumpf oder taub. Vielleicht wäre es schön, spürend zu bleiben und sich dabei ab und zu einen Schutzmantel anzulegen.</i>  Start: <i>Sie sind bei mir hier in einer Zauberschneiderei. Hier gibt es wunderbare Zaubermäntel, alle maßgeschneidert, alle individuell und alle mit Materialien ausgestattet, die der Fantasie keine Grenzen setzt. Angenommen, Sie dürften sich einen solchen Mantel maßgeschneidert anfertigen lassen. Lassen Sie uns zunächst die Außenseite des Mantels aussuchen: Welche Farbe? Leuchtend, dass alle anderen gleich alarmiert sind oder lieber unauffällig? Muster? Unifarben? Aus welchem Material? Schwer, leicht? Grob, fein? Welche eingebauten Funktionen? Was macht die Außenhaut mit Angriffen? Abprallen? Verwandeln? Zurückwerfen? Filtern? Verstärkt zurückschießen? Braucht die Außenhaut Waffen? Was darf von außen noch hineinkommen? Was muss auf jeden Fall draußen bleiben?</i>

*Innenhaut des Mantels: Welche Farbe, welches Material? Wie fühlt es sich auf der Haut an? Gibt es einen besonderen Geruch? Gibt es Zauberwirkungen nach innen? Welche? Welche noch?*

*Passform des Mantels: Wie weit? Wie lang? Mit Ärmeln? Kapuze? Gürtel? Gibt es Stellen, die besonders behandelt werden? Verstärkt, abgesetzt, eingearbeitet? Taschen? Wo genau und wofür? Wie wird der Mantel verschlossen? Wie dicht gemacht?*

Erste Anprobe:

Kurze Tranceinduktion je nach Erfahrung der PatientInnen / TherapeutInnen. Anschließend sich den Mantel von außen nach innen vorstellen lassen (...) *in Ruhe mit dem inneren Auge Deinen Mantel betrachten von allen Seiten ...* mit genau den Worten (Farbe, Geruch, Form, Gestalt), die der Patient vorher benannt hat. Dann Hineinschlüpfen lassen. Sich fühlen in ihm. Nachfühlen, welche Stellen schon gut passen, spüren wo noch etwas fehlt, Stellen entdecken, die noch Verstärkung brauchen, („... *sich den Mantel von alleine verändern lassen, einfach mal neugierig sein, wie der eigene Zaubermantel passt und sich passend macht*“).

Rückführung, dann PatientInnen berichten lassen.

Erneute Anprobe:

Wieder Tranceinduktion, dann den perfekt sitzenden Mantel anziehen. Das eigene Wohlgefühl deutlich wahrnehmen, sich sicher, geschützt und wohl fühlen. Nun noch mal in die kritische Situation der negativen Äußerung zurückgehen, dann die kritische Äußerung als Angriff hören, fühlen, wahrnehmen. Spüren, wie der Mantel schützt und auf seine ganz besondere Weise wirkt.

Posthypnotische Suggestion:

*„Immer, wenn Sie Ihren Mantel brauchen können, ziehen Sie ihn von selbst an, der Mantel zieht sich von alleine an.“*

Reflexion der Schneiderarbeit.

***Zu verknüpfende Übungen:***

***Bspw. Atementspannung oder ressourcenaktivierende Gesprächsführung***

***Quellen / weiterführende Literatur:***

Tigges-Limmer, K., Brocks, Y., Winkler, Y., Neufeld, M., Gummert, J. (2018). Hypnotherapeutische Prophylaxe und Behandlung von psychischen Traumatisierungen in der Herzchirurgie. *Hypnose-ZHH*, 13(2), 89-118.

## 1.2 Interventionen zur kognitiven Umstrukturierung

### 1.2.1 Ressourcenaktivierende Gesprächsführung

<b>Name der Intervention / Übung: Ressourcenaktivierende Gesprächsführung</b>	
<i>Ziel der Intervention / Übung:</i> Beziehungsaufbau, Aufmerksamkeitslenkung und damit einhergehendes positives emotionales Erleben	
<i>Zielgruppe:</i> PatientInnen mit und ohne Realitätsorientierung mit verbaler Kommunikationsfähigkeit	
<i>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</i> PatientInnen im Delir (aufgrund biografischer Orientierung), PatientInnen mit hoher psychischer Belastung, PatientInnen mit und ohne Realitätsorientierung ohne Sprechkanäle in Anwesenheit der Angehörigen als Dialog mit Einbezug der PatientInnen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li> <li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li> <li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li> <li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li> <li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: nur bei quantitativer Verminderung des Bewusstseins, nicht bei qualitativer Verminderung</li> </ul>	
<i>Dauer der Intervention:</i> Ca. 30 min.	
<i>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</i> <u>Ablauf:</u> Im Rahmen des Interventionsgesprächs können verschiedene Dimensionen eben dieser beleuchtet werden. Hilfreich für die Durchführenden sollen hierbei die folgenden Dimensionen und Fragen sein.	
<p><b>Verstärken vorhandener Ressourcen</b> Habe ich gesunde Anteile der zu behandelnden Person gewürdigt? Habe ich therapie- bzw. gesundheitsförderliches Verhalten verstärkt? Was motiviert die Person, in die Behandlung zu kommen? Welche Person, etc., ist zu Ihnen heute besonders freundlich gewesen? Was läuft gut und kann vorerst bleiben, wie es ist?</p>	<p><b>Aktivierung ungenutzter / brachliegender Ressourcen</b> Hat die zu behandelnde Person Fähigkeiten und Fertigkeiten, die sie aktuell nicht sieht, für selbstverständlich hält oder sich nicht zutraut? <b>vs.</b> Welche Ressourcen haben der Person bei früheren Herausforderungen geholfen und könnten helfen, das aktuelle Problem zu lösen? Könnten frühere Lösungsstrategien auf die aktuelle Situation übertragbar sein?</p>
<p><b>Verbalisieren von Ressourcen</b> Wie kommt es, dass die Person beim Erzählen »strahlt«? (z. B. Liebe zur Tochter)</p>	<p><b>Unmittelbares Erleben von Ressourcen</b> <b>vs.</b> Was bereitet der Person Glücksmomente, Wohlbefinden und Freude, welche Werte sind dort</p>

<p>Kann ich mir die dahinterstehende Ressource bildhaft vorstellen? Habe ich die Bedeutung der Ressource für die Person verstanden? Kann ich die Ressource in einem Nebensatz einfließen lassen?</p>	<p>verwirklicht? (z. B. gemeinsames Essen, shoppen) Passe ich den Therapie- bzw. Behandlungsprozess den Fähigkeiten der Person und ihrem »Lebensraum« an? (Sprache, Metaphern)</p>
<p><b>Verstärken <i>persönlicher</i> Ressourcen der PatientInnen</b> Was begeistert die Person, was lässt sie kalt? Was hat sie im Leben bewegt, wenn sie sich an Zeiten erinnert, in denen sie sich gut gefühlt hat? Wozu fühlt sich die Person verpflichtet, was hat sie für Werte (z. B. Gerechtigkeit)? Wo erlebt die Person Sinnhaftigkeit? Wo reagiert sie gelassen? Was stört die Person gar nicht?</p>	<p><b>Aktivierung <i>interpersonaler</i> Ressourcen</b> In welchen Bereichen hat die Person soziale Unterstützung? Mit wem fühlt sich die Person emotional verbunden? Hat sie eine Person, der sie vertraut? <b>vs.</b> Welches Verhalten von anderen hilft dem Patienten / der Patientin? Was tut oder tat die Person, um hilfreiche Menschen zu bewegen, ihr zu helfen? Was ist ihr wichtig in Beziehungen? Gibt es Gruppen/Gemeinschaften, denen die Person sich zugehörig fühlt?</p>
<p><b>Aufgreifen bestehender / brachliegender Fähigkeiten</b> Wo liegen die Stärken (z. B. Persönlichkeit, Äußerlichkeiten, Beziehungen, Arbeit, Sport)? Worauf ist die Person stolz? Was würden andere Menschen über die Stärken der Person sagen?</p>	<p><b>Integrieren bestehender Ziele / Wünsche</b> In welchen Bereichen hat die Person Verbesserungserwartungen? <b>vs.</b> Gibt es in der Familie / im Freundeskreis oder woanders ein Vorbild / Modell? Welche Lebensträume hat die Person?</p>
<p><b>Fokussieren auf <i>problemunabhängige</i> Ressourcen</b> Wo erlebt sich die Person als kompetent? Gab es in der Vergangenheit gute Zeiten? Hatte die Person genug Raum und Zeit in der Therapie bzw. Behandlung, sich positiv darzustellen? Wo erlebt die Person sich als genussfähig, wo findet sie Ruhe und Entspannung?</p>	<p><b>Nutzen <i>problemrelevanter</i> Ressourcen</b> (die eine Problembearbeitung erleichtern) Lässt sich das Problem eingrenzen? <b>vs.</b> Gibt es Ausnahmen? Wie kommt es, dass Verbesserungen eingetreten sind? Inwieweit kann ich die Problemkonstruktion validieren?</p>
<p><b>Optimale Nutzung <i>vorhandener</i> Ressourcen</b> Wie stark kann eine Ressource ausgereizt werden? Wo sind die Grenzen einer einsetzbaren Ressource?</p>	<p><b>Förderung / Aufrechterhaltung <i>trainierbarer</i> Ressourcen</b> <b>vs.</b> Habe ich das Erreichte auch genügend wiederholt?</p>

	Ergibt Regelmäßigkeit Sinn? Gibt es Variationsmöglichkeiten?
--	--

mögliche Formulierungen für weitere ressourcenaktivierende Techniken:

- Skalierungsfragen: „Auf einer Skala von 0 bis 10 steht die 10 für das Wunder und 0 steht für das Gegenteil. Wo stehen Sie jetzt auf dieser Skala? Momentan stufen Sie Ihren Antrieb bei 2 ein. Was würden Sie anders machen, wenn Sie bei Stufe 3 sind?“
- Wunderfrage: „Wenn die Schmerzen durch ein Wunder über Nacht plötzlich verschwunden wären, welche Veränderungen würden Sie am nächsten Morgen bemerken, die Ihnen anzeigen, dass ein Wunder geschehen ist? Was wäre dann anders als sonst? Was würden Sie als Erstes anders machen? Was als Zweites? Wer würde es als Erstes bemerken und woran? Wie würde es Ihnen damit gehen, wie würden Sie darauf reagieren? Was würden die Menschen um Sie herum danach anders machen?“

Zu verknüpfende Übungen:

Bspw. Atementspannung

Quellen / weiterführende Literatur:

Flückiger, C. (2008). Ressourcenaktivierung und motivorientierte Beziehungsgestaltung: Bedürfnisbefriedigung in der Psychotherapie. In M. Grosse Holforth (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden* (S. 34–41). Springer.

### 1.2.2 Ressourcenorientierter Lebensrückblick

<b>Name der Intervention / Übung: Ressourcenorientierter Lebensrückblick</b>
<i>Ziel der Intervention / Übung:</i> Ressourcenorientierter Blick auf das eigene Leben
<i>Zielgruppe:</i> Realitätsorientierte, verbal kommunikationsfähige PatientInnen (gemeinsam mit Angehörigen)
<i>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</i> PatientInnen in palliativer Situation, z. B. Leberversagen <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja, aber eher elektiv</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<i>Dauer der Intervention / Übung:</i> Ca. 30 min.
<i>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</i> Vorstellung eines Baumes, der für das eigene Leben steht <ul style="list-style-type: none"><li>- Welcher Baum ist passend?</li><li>- Wurzeln: Können stehen für das, was mir geholfen hat zu wachsen und zu werden.</li><li>- Stamm: Welche wichtigen Werte habe ich?</li><li>- Äste: Was ist momentan in meinem Leben wichtig? Welche Bereiche tragen große Früchte oder blühen?</li></ul> Die Übung kann auch dialogisch in Anwesenheit und unter Mitarbeit der Angehörigen erfolgen.
<i>Zu verknüpfende Übungen:</i> Bspw. Ressourcenaktivierende Gesprächsführung
<i>Quellen / weiterführende Literatur:</i> Hölzle, C.; Jansen, I. (2009): Ressourcenorientierte Biografiearbeit: Grundlagen - Zielgruppen - kreative Methoden, S. 33f. Ruhe, H. G. (1998): Methoden der Biografiearbeit. Weinheim und Basel: Beltz, S. 29.

### 1.2.3 Abschlussgespräch (vor Verlegung)

<b>Name der Intervention / Übung: Abschlussgespräch (vor Verlegung)</b>
<i>Ziel der Intervention:</i> Erfassen der Belastung bezogen auf den ITS-Aufenthalt, Bahnung der weiteren Versorgung
<i>Zielgruppe:</i> PatientInnen (Erwachsene, Jugendliche, Kinder) mit Liegedauer > 7 Tage
<i>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</i> PatientInnen nach Unfalltraumata, nach kardiogenem Schock, nach invasiver Beatmung und Sedierung, bei hinreichender Kommunikationsfähigkeit (verbal/nonverbal) <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<i>Dauer der Intervention:</i> Ca. 20 – 60 min.
<i>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung</i> <i>Ich möchte mit Ihnen gern über die Zeit auf der Intensivstation sprechen.</i> (Einverständnis der PatientInnen dafür einholen).
<b>Einstieg: Erfragen, ob die Person eine kohärente Wahrnehmung über ihren Aufenthalt hat</b> <i>Sie waren insgesamt xx Tage auf der Intensivstation. Haben Sie den Eindruck, dass Sie einen guten Überblick über die gesamte Zeit haben?</i>  <i>Wenn ja: Können Sie mir einmal berichten, wie Sie die Zeit bei uns erlebt haben?</i>  <i>Wenn nein: Möchten Sie, dass wir den Verlauf hier auf der Intensivstation nochmal gemeinsam durchgehen, damit Sie etwas genauer wissen, was wann passiert ist?</i>  Wenn ja: Ggf. mithilfe der Patientenakte sowie Arztgesprächen Aufbau einer kohärenten Wahrnehmung unterstützen.  Wenn nein, Übergang zu den Schwerpunkten der Person.
<b>Schwerpunkte: Erlebenschwerpunkte der Patientin / des Patienten mit emotionaler Bedeutung erfragen, um aktuelle Belastung zu erfassen sowie faktisches von nichtfaktischem Erleben zu trennen.</b> <i>Viele PatientInnen erleben, dass sie einige Zeit nicht genau wissen, wo sie sind und was mit ihnen passiert: Kennen Sie das auch?</i>  <i>Wenn ja: Denken Sie noch oft an das, was Sie während dieser Zeit erlebt haben? Möchten Sie etwas genauer berichten, wie es Ihnen ging, als Sie nicht ganz sicher waren, wo Sie sind und was gerade passiert?</i>  Differenzierung des Erlebens:

Wahrscheinlichkeit erfragen: *Wenn Sie das so berichten, für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass das im Krankenhaus wirklich passiert?*

Bezug auf aktuelles Erleben des Patienten: *Sie merken ja, dass sich die Abläufe hier eigentlich jeden Tag wiederholen und Sie wissen ja so ungefähr, was jeden Tag passiert, oder? Wie passt denn das, wie Sie die Intensivstation aktuell erleben zu dem, was Sie mir gerade berichtet haben?*

Bezug zu Vertrautem und Vertrauenswürdigem: *Haben Sie das bereits mit Ihren Angehörigen besprochen? Was haben die Ihnen denn gesagt?*

Wenn nein: Übergang zu nächstem Schwerpunkt (Schmerzen, Schlafschwierigkeiten, Angst) bzw. Skalierungsfrage: *Wie fühlten Sie sich während ihres Aufenthaltes auf der ITS zwischen den Polen: überhaupt nicht gut aufgehoben sowie sehr gut aufgehoben? (Skala und Pole definieren: z. B. von 0 bis 10, 0 bedeutet.../ 10 bedeutet...)*

*Wenn Sie so zusammenfassend auf die Zeit auf der Intensivstation zurückblicken: Gibt es Dinge, die Ihnen besonders im Kopf geblieben sind, positiv oder negativ?*

### **Abschluss: Eruiieren des weiteren Versorgungsbedarfes und Behandlungsempfehlung**

*Ich fasse unser Gespräch nochmal zusammen: Sie haben mir berichtet, dass (...)*

Falls aktuelle Belastung oder starke Belastung bezogen auf den Aufenthalt vorliegt: *Wir empfehlen Ihnen eine weiterführende psychologische Begleitung.* (Überleitung organisieren, wenn Patient einverstanden ist)

Falls keine weitere Versorgung möglich ist: *Wenn Sie einverstanden sind, geben wir Ihren Angehörigen eine kurze Information dazu mit, wo Sie sich hinwenden können, wenn Sie später noch belastet sein sollten wegen des Aufenthaltes auf der Intensivstation bzw. Ihrer Erkrankung.*

**Zu verknüpfende Übungen:**

Bspw. Ressourcenaktivierende Gesprächsführung, Intensiv-Tagebuch

### **Quellen / weiterführende Literatur:**

Samuels-Kalow, M.E., Stack, A.M., Porter, S.C. Effective discharge communication in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2012 Aug;60(2):152-9. doi: 10.1016/j.annemergmed.2011.10.023. Epub 2012 Jan 4. PMID: 22221840.

Caceres, J. W., Alter, S. M., Shih, R. D., Fernandez, J. D., Williams, F. K., Paley, R., Benda, W., & Clayton, L. M. (2017). Standardized Physician-Administered Patient-Centered Discharge Protocol Improves Patients' Comprehension. *Southern medical journal*, 110(5), 359–362. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000642>.

Becker, C., Zumbunn, S., Beck, K., Vincent, A., Loretz, N., Müller, J., Amacher, S.A., Schaefer, R., Hunziker, S.. Interventions to Improve Communication at Hospital Discharge and Rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2021 Aug 2;4(8):e2119346. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.19346. PMID: 34448868; PMCID: PMC8397933.

Cam, H., Wennlöf, B., Gillespie, U., Franzon, K., Nielsen, E.I., Ling, M., Lindner, K.J., Kempen, T.G.H., Källemark Sporrang, S. The complexities of communication at hospital discharge of older patients: a qualitative study of healthcare professionals' views. *BMC Health Serv Res.* 2023 Nov 6;23(1):1211. doi: 10.1186/s12913-023-10192-5. PMID: 37932683; PMCID: PMC10626684.



## 1.3 Interventionen zur Emotionsregulation

### 1.3.1 Umgang mit Problememotionen

<b>Umgang mit Problememotionen</b>
<i>Ziel der Intervention / Übung:</i> Intensive negative Gefühle, welche lange und häufig auftreten, sind ein gesundheitlicher Risikofaktor für somatische und psychisch manifestierte psychische Störungen. Die negativen Gefühle beeinträchtigen den Handlungsvollzug von Tätigkeiten und die Performance. Dominierende negative Gefühle im intensivmedizinischen Kontext beziehen sich häufig auf Angst, Ärger und Depressivität. Dabei steht die Angst für die Hilflosigkeit, Überforderung, Ungewissheit und Kontrollverlust, der Ärger für den mangelnden Fortschritt und Enttäuschung und die Depressivität drückt die Hoffnungslosigkeit und den Sinnverlust aus. Im intensivmedizinischen Kontext ist es den PatientInnen nicht möglich, aus der bedrohlichen Situation zu fliehen. PatientInnen mit z.B. phobischen oder depressiven Regulationslagen reicht es nicht aus, ihnen Einsichten in die Irrationalität der Reaktionen zu vermitteln. Diese ist zumeist ohnehin gegeben. Im Umgang mit Problememotionen wird die langfristige Ausbildung spezieller Fähigkeiten und Fertigkeiten der Selbstregulation angestrebt <sup>4</sup> .
<i>Zielgruppe:</i> PatientInnen und Angehörige
<i>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</i> vor allem bei Angst- und depressiver Symptomatik, unklarer / wechselnder / ungünstiger Prognose, prolongierten Behandlungen und Krankenhausaufenthalten, Instabilität <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<i>Dauer der Intervention:</i> Ca. 10 – 15 min. <i>Übung:</i> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kurze Edukation</li><li>2. Kurze Analyse</li><li>3. Psychotherapeutische Intervention</li></ol>
<i>Durchführung:</i> <i>Beschreibung der Intervention / Übung:</i> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kurze Edukation: „Emotionen sind überlebensnotwendig und im ITS-Kontext berechtigt. Kein Gedanke ohne Emotion. Sie aktivieren einen situativen Bedeutungsgehalt und dienen der Vermeidung oder Abmilderung pathogenetischer und salutogentischer Inhalte i.S. des Copings, oder anders: Emotionen dienen dazu Verhalten zu entwickeln, um die</li></ol>

<sup>4</sup> Es besteht stets eine Verbindung zur biografischen Entwicklung und der Kopplung zwischen situativen Schlüsselreizen und Amygdala-induzierten Affektreaktionen. Langfristig sollen die habituell erworbenen kognitiv-emotionalen Schemata modifiziert werden.

*schädlichen Umstände zu verlassen oder zu bewältigen und in Zukunft zu vermeiden.“*

## 2. Kurze Analyse:

Eine Erlebnissituation, in der ich Ärger, Angst, Ekel, Scham...empfind

1. Problematische Situation, Ort, Zeitpunkt  
-----  
-----
2. Meine Gedanken und Vorstellungen  
-----  
-----
3. Meine Gefühle und Körperempfindungen  
-----  
-----
4. Mein Verhalten im Umgang mit Emotionen  
-----  
-----
5. Positive und negative Folgen meiner Bewältigungsvariante für mich selbst und andere  
-----  
-----
6. Verhaltensalternativen  
-----  
-----

## 3. Psychotherapeutisches Interventionsniveau

- PatientInnen dazu zu motivieren, sich „richtig“ zu ärgern (Containing)
- PatientInnen motivieren, die negativen Emotionen zu benennen und aktiv zu kommunizieren
- Problememotionen angehen durch entgegengesetztes Handeln, Denken und Veränderung der Körperhaltung
  - o Angst: An eine Situation erinnern, die sie schon bewältigt haben, einen „inneren Helfer“ vorstellen, sich einen „sicheren Ort“ vorstellen, PatientInnen motivieren die Körperstellung im Bett zu verändern (Schultern nach hinten ziehen, Fäuste ballen, Blick nach oben, Fußspitzen nach vorne Außen, tiefe Atmung in den Bauch)
  - o Ärger: Eine Situation schaffen, in der sie überlegen sind, sich eine Situation vorstellen in einem Team / einer Mannschaft gemeinsam etwas zu schaffen, Schultern fallen lassen, Handflächen öffnen und entspannen, milde lächeln, tiefe Atmung in den Bauch, Fersen etwas nach Außen drehen
  - o Depressivität: an eine Situation erinnern, in der man sich aktiv und kräftig gefühlt hat, auf eine Begegnung mit einen nahen Angehörigen freuen, an kleinen Dingen erfreuen (Erfolge und Fortschritte in der Behandlung, Bild, Collage, ein gut schmeckender Joghurt), Schultern nach oben und unten wippen, Kopf nach oben, leichtes Lächeln, aktiv seufzen.

**Zu verknüpfende Übungen:**

Bspw. Kognitive Defusion

**Quellen / weiterführende Literatur:**

Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2018). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Das Therapiemanual. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer-Verlag.  
Schröder, H. (2011). Arbeitsmaterialien Emotionale Regulationstechniken.

### 1.3.2 Positive Selbstverbalisation

<b>Name der Übung / Intervention: Positive Selbstverbalisierung</b>
<b>Ziel der Intervention:</b> Reduktion von als unangenehm empfundenen Gefühlen wie beispielsweise Ärger, Unsicherheit oder Angst
<b>Zielgruppe:</b> Realitätsorientierte PatientInnen, Angehörige
<b>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv: beides möglich</li><li>- bei Kindern: ja</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: ja</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei PatientInnen mit eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<b>Dauer der Intervention:</b> Ca. 5 – 10 min.
<b>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</b> <p>Durch das Beeinflussen von Emotionen mittels hilfreicher innerer Sätze kann die innere Anspannung gesenkt und somit der Handlungsdruck reduziert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Suchen Sie nach einem hilfreichen inneren Satz, der für Sie persönlich motivierend, beruhigend oder stimmungsverbessernd wirkt.</i></li><li>- <i>Der Satz sollte positiv formuliert sein und so, als wäre sein Inhalt schon Realität:</i><ul style="list-style-type: none"><li>• <i>„Ich bin stark und schaffe das.“</i></li><li>• <i>„Ich bin ruhig und entspannt.“</i></li><li>• <i>„Ich bleibe cool und distanziert.“</i></li><li>• <i>„Ich bin okay und fühle mich gut.“</i></li></ul></li><li>- <i>Schließen Sie die Augen und sagen Sie Ihren hilfreichen Satz laut oder still innerlich vor sich hin.</i></li><li>- <i>Entspannen Sie sich dabei, indem Sie langsam und ruhig ein- und ausatmen.</i></li><li>- <i>Wiederholen Sie den Satz so lange, bis Sie ein Gefühl der Ruhe und Ausgeglichenheit bzw. eine leichte Aktivierung positiver Emotionen erleben.</i></li><li>- <i>Führen Sie diese Übung täglich mindestens einmal in einer entspannten Situation durch.</i></li></ul> <p><i>Wenn Ihnen die Beeinflussung Ihres Anspannungsniveaus bzw. Ihrer Emotionslage durch den hilfreichen Satz in einer entspannten Situation gut gelingt, können Sie dazu übergehen, die Übung auch beim Auftreten von Problememotionen zur Selbstberuhigung einzusetzen.</i></p>
<b>Zu verknüpfende Übungen:</b> Zaubermantel, Lichtstromübung
<b>Quellen / weiterführende Literatur:</b> Eismann, G. & Lammers, C. (2017). <i>Therapie-Tools Emotionsregulation: Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial.</i>

### 1.3.3 Krisenintervention

<b>Name der Intervention: Krisenintervention</b>
<i>Ziel der Intervention:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Förderung der Selbstwirksamkeitserlebens</li></ul>
<i>Zielgruppe:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Alle Personengruppen in einer krisenhaften Situation Eine krisenhafte Situation ist hierbei als begrenzter Zeitraum (Stunden bis wenige Wochen) zu verstehen, die meist akut und überraschend auftritt. Betroffene empfinden die Situation als bedrohlich und werden mit unangenehmen Gefühlen, zumeist Angst, Hoffnungslosigkeit und Verlust, konfrontiert.</li></ul>
<i>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</i> <p>PatientInnen und Angehörige nach dem Überbringen von „Bad News“, bei und nach Therapiezieländerungen, in Notfallaufnahmesituationen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<i>Dauer der Intervention:</i> <p>Meist mehrere Stunden, nicht unbedingt zusammenhängend, sondern wiederholte Gespräche über mehrere Stunden bis zu einigen Tagen.</p>
<i>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</i> <p><b>Allgemeine Prinzipien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Basisvariablen der Kommunikation gelten stets (Echtheit, Kongruenz, unbedingte Wertschätzung)</li><li>- Ruhiges Auftreten, langsam, klar und deutlich sprechen</li><li>- Aktives Zuhören, validierende Gesprächsführung</li><li>- Kurze und einfache Sätze formulieren</li><li>- Benötigte Informationen vermitteln</li><li>- Wahrnehmung von Parakommunikation beim Gegenüber</li><li>- Begleiten der Situation</li><li>- Nicht urteilen, nicht bewerten, nicht beschwichtigen</li></ul> <p><b>BELLA-Modell (nach Sonneck)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>B</b> = Beziehung aufbauen</li><li>- <b>E</b> = Erfassen der Situation</li><li>- <b>L</b> = Linderung der Symptomatik</li><li>- <b>L</b> = Leute einbeziehen</li><li>- <b>A</b> = Ansatz zur Problembewältigung (Coping)</li></ul> <p><b>SAFER-Modell (nach Mitchell)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>S</b> = Stimulusreduktion</li><li>- <b>A</b> = Akzeptieren der Krise</li><li>- <b>F</b> = Falsche Bewertungen der Person korrigieren</li><li>- <b>E</b> = Erklären von Stressreaktionen</li><li>- <b>R</b> = Recovery (Wiederherstellen des Selbstwirksamkeitserlebens)</li></ul>

### **PSNV 3-Satz (nach Nikendei)**

1. Vollständige Akzeptanz der aktuellen Situation vermeidet stressbedingten inneren Handlungsdruck
2. Wahrnehmen eigener Befindlichkeiten und Reaktionen, nötige Distanz, Anzeichen von Stress erkennen
3. Emotionale Bedürfnisse, Bedarf nach Informationen zur Situation

### *Zu verknüpfende Übungen:*

#### Ressourcenaktivierende Gesprächsführung

### *Quellen / weiterführende Literatur:*

Mitchell, J. T. & Everly, G. S. (2019). *Handbuch Einsatznachsorge: Psychosoziale Notfallversorgung nach der Mitchell Methode*.

Nikendei, A. (2017). *Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) - Praxisbuch Krisenintervention*.

G. Sonneck, N. Kapusta, G. Tomandl, M. Voracek, Hrgs.; *Krisenintervention und Suizidverhütung*, 2016, 3. aktual. Aufl., UTB.

C.H.R. Wiese, D.A. Vagts, U. Kampa, G. Pfeiffer, I.-U. Grom, M.A. Gerth, B.M. Graf, Y.A. Zausig, *Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen*, *Anaesthesist* 2011 DOI 10.1007/s00101-010-1831-6, Springer-Verlag 2010.

Meischner-Al-Mousawi, M., Dreissigacker, C., Schilling, B. (2023). Suizidprävention und Krisenintervention im Justizvollzug. In: Endres, J., Suhling, S. (Hrsg.) *Behandlung im Strafvollzug*. Edition Forschung und Entwicklung in der Strafrechtspflege. Springer, Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-36046-7\\_25](https://doi.org/10.1007/978-3-658-36046-7_25).

### 1.3.4 Krisenintervention bei PatientInnen nach Suizidversuch

#### Krisenintervention bei PatientInnen nach Suizidversuch

##### *Ziel der Intervention / Übung:*

Die psychologische Erstbetreuung der PatientInnen nach einem Suizidversuch in der Intensiv- und Notfallmedizin dient:

- Der Herstellung einer Beziehung: effektives Erstgespräch, Vermittlung von Präsenz, Verständnis, Hilfsbereitschaft und Zuversicht sowie Beruhigung.
- Der frühen Abschätzung des Zustands des Patienten, des Schweregrads der Problematik und der Suizidalität.
- Der Entlastung / Reduktion von emotionalem Druck durch Aus- und Besprechen von Ängsten, Schuldgefühlen, Aggressionen und Suizidgedanken.
- Mitunter bereits der Distanzierung von der Krisensituation durch Reflexion des auslösenden Ereignisses sowie der damit verbundenen Gefühle, Vorstellungen und möglichen Konsequenzen.

##### *Zielgruppe:*

PatientInnen nach Suizidhandlung

##### *Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:*

Erstkontakt nach stationärer Aufnahme der suizidalen PatientInnen

- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja
- bei Kindern anwendbar: ja
- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: ja
- Realitätsorientierung erforderlich: ja
- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja

##### *Dauer der Intervention:*

5 – 6 Einzelgespräche mit den PatientInnen und 1 – 2 Gespräche mit Angehörigen

##### *Durchführung:*

#### **7 Schritte im Umgang mit SuizidpatientInnen zur Krisenintervention:**

**1. Schritt:** *Frühzeitige Kontaktaufnahme (Wichtigkeit des Erstgesprächs!);*

*Inhalt: "Ich bin bereit, Dich zu akzeptieren."*

**2. Schritt:** *Gelegenheit geben zum Sich-Aussprechen;*

*Inhalt: "Ich bin bereit, Dir zuzuhören."*

**3. Schritt:** *Wiederherstellung sozialer Beziehungen (zu Pflegepersonal, ÄrztInnen, MitpatientInnen);*

*Inhalt: "Soziales Übungsfeld in neutraler Atmosphäre."*

**4. Schritt:** *Einzelgespräche, Analyse der psychosozialen Situation und der Krisenentwicklung; Gespräch mit Bezugspersonen; Paar-, Familiengespräche.*

**5. Schritt:** *Weichenstellung zur Weiterbehandlung und Nachsorge; Motivierung des Patienten; Vermittlung.*

**6. Schritt:** *Versuch einer Einordnung des suizidalen Verhaltens im psychosozialen Bezugssystem der PatientInnen (Metakommunikation).*

**7. Schritt:** *Relativierung der eigenen Helferrolle.*

##### *Zu verknüpfende Übungen:*

Entspannungstechniken, kognitive Techniken, Emotionsregulation

##### *Quellen / weiterführende Literatur:*

Lavers, G.; Andriessen, K.; Kryszka, K. A Systematic Review of the Experiences and Support Needs of Informal Caregivers for People Who Have Attempted Suicide or Experienced Suicidal Ideation. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 5181. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095181>.

### 1.3.5 Tresorübung

<b>Name der Intervention: Tresorübung</b>
<i>Ziel der Intervention:</i> Stabilisierung der PatientInnen
<i>Zielgruppe:</i> Bei Angststörungen, Alpträumstörung
<i>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: elektiv (<i>therapeutische Beziehung als Voraussetzung!</i>)</li><li>- bei Kindern anwendbar: nein</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: nein</li></ul>
<i>Dauer der Intervention:</i> Ca. 10 – 15 min.
<i>Übung</i> Aufbewahrungsort für belastende und gefährliche Erinnerungen
<i>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</i> <p>„Stellen Sie sich bitte ein Aufbewahrungsort für unangenehme oder gefährliche Erinnerungen, Bilder oder Empfindungen vor. Es kann ein Behältnis verschiedenster Art sein, z. B. ein Tresor, ein Safe, eine sichere Kiste, eine Truhe, eine Kammer oder auch ein magisches Verließ, z.B. „Sesam-schließe-Dich-Berg“. Lassen Sie sich Zeit, einen solchen fest verschließbaren und nur von Ihnen selbst zu öffnenden Aufbewahrungsort zu finden und sich genau vorzustellen ... .. Machen Sie sich ein Bild von seiner Größe, Form, dem Material aus dem er besteht, der Farbe, dem Standort und dem Öffnungs- und Verschlussmechanismus, dessen Technik (Schlüssel, Zahlenkombinationen, Stellrad, magische Formel usw.). Nur Sie allein kennen ... ..</p> <p>Wenn Sie eine genaue Vorstellung von diesem Aufbewahrungsort und seiner sicheren Verschließbarkeit haben, erproben Sie ein paarmal das Schließen und Öffnen... ..</p> <p>Experimentieren Sie jetzt, wenn Sie mögen, zuerst mit einem positiven Bild oder Film und dann mit einem unangenehmen Bild, Filmstreifen oder Videokassette, den / die Sie zuerst aufwickeln/ zurückspulen, dann verpacken und schließlich in den Tresor sicher einschließen ... .. (1 – 3 min.) Vereinbaren Sie jetzt mit sich selbst zusätzlich ein körperliches, gut spürbares Signal (Anspannen irgendwelcher Muskel, z. B. Faustschluss, Händedruck, Anspannen der Fußmuskulatur usw.), das Sie immer benutzen können, um sich daran zu erinnern, wie sich etwas in den Tresor einschließen lässt ... und Sie Abstand dazubekommen und sich vielleicht ein wenig entlastet fühlen. Führen Sie jetzt das Zeichen aus, damit sich Ihr Körper zukünftig daran erinnert, wie (gut) es sich anfühlt, wenn Sie selbst unangenehme oder gefährliche Erinnerungen sicher verschlossen halten oder auch immer wieder wegschließen können ... .. Spüren Sie, wie gut es Ihnen tut, Ruhe und Sicherheit vor diesem alten Material zu haben ... .. Kommen Sie jetzt bitte mit Ihrer ganzen Aufmerksamkeit nach und nach wieder hierher zurück.“</p>
<i>Zu verknüpfende Übungen:</i> Positive Selbstverbalisation, Trigger entschärfen
<i>Quellen / weiterführende Literatur:</i> Reddemann, L. (2002) Imagination als heilsame Kraft. Klett-Cotta: Stuttgart.

### 1.3.6 Trigger entschärfen

<b>Name der Intervention: Trigger entschärfen</b>
<i>Ziel der Intervention:</i> Stabilisierung & Reorientierung. Trigger sind Auslösereize für Flashbacks oder Erinnerungen an vergangene traumatische Belastungen. Es kommt bei dem Betroffenen zu meist plötzlichen starken emotionalen oder körperlichen Reaktionen (wie z. B. Panik, Herzrasen, Ekel, sich wie betäubt fühlen). Trigger können Worte sein, meist sind es jedoch sensorische Reize (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen und Bewegung). Der Trigger wird an das belastende Ereignis gekoppelt. Ziel soll es sein, dass die Trigger nicht mehr die Erinnerungen auslösen, entkoppelt und neutral bewertet werden.
<i>Zielgruppe:</i> PatientInnen mit Angststörungen, Alpträumstörung
<i>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: nein</li></ul>
<i>Dauer der Intervention:</i> Ca. 2 – 5 min. <i>Übung:</i> Diskriminieren zwischen „damals und heute“, Einordnen auf der Zeitachse („hier und jetzt“ ist nicht „dort und damals“).
<i>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</i> Sie erleben einen Patienten oder eine Patientin auf der Intensivstation, welche über Flashbacks klagt. Nach kurzen psychoedukativen Informationen besprechen Sie mit ihr/m die Übung. Es geht darum, dass die/der Betroffene lernt, dass sie/er zum momentanen Zeitpunkt nicht in dieser Situation ist, es sei denn die ITS-Erfahrung an sich ist traumatisierend. Sie erarbeiten die Sätze: „Es ist nicht der Ort, wo es passiert ist“, „Es ist heute nicht das Datum des Ereignisses“, „Sie befinden sich gerade in einer anderen Situation“, „Heute sind Sie nicht bedroht“
<i>Zu verknüpfende Übungen:</i> Tresorübung, 5-4-3-2-1-Übung
<i>Quellen / weiterführende Literatur:</i> Rothschild, B. (2011). Der Körper erinnert sich: Die Psychophysiologie des Trauma und der Traumabehandlung: Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. 5. Aufl., Synthesis Verlag: Essen.



## 1.4 Interventionen zur Körperwahrnehmung

### 1.4.1 Bodyscan

<b>Name der Intervention / Übung: Body Scan / Achtsamkeitsübung</b>
<b>Ziel der Intervention / Übung:</b> Reduktion von Stress und Angst
<b>Zielgruppe:</b> Realitätsorientierte PatientInnen, Angehörige
<b>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<b>Dauer der Intervention:</b> Ca. 5 – 10 min.
<b>Durchführung:</b> <p><i>„Beginnen Sie damit, es sich bequem zu machen. Ihre Hände können sanft in Ihrem Schoß oder an Ihrer Seite liegen. Sie können Ihre Augen schließen oder sie leicht geöffnet lassen, so wie es Ihnen am besten gefällt. Nehmen Sie mehrere lange, langsame, tiefe Atemzüge. Tief in den Bauch einatmen und ganz langsam ausatmen. Atmen Sie durch die Nase ein und entweder durch die Nase oder den Mund wieder aus. Fühlen Sie, wie sich Ihr Bauch beim Einatmen ausdehnt und wenn Sie ausatmen, lassen Sie alle Anspannung aus dem Körper fallen. Beginnen Sie, alle Geräusche, die Sie wahrnehmen, loszulassen. Fangen Sie damit an, Ihre Aufmerksamkeit von außen auf sich selbst zu lenken. Wenn Sie durch Geräusche im Raum abgelenkt werden, bemerken Sie dies einfach und bringen Sie Ihren Fokus zurück zu Ihrer Atmung. Jetzt lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit langsam zu Ihren Füßen. Beginnen Sie, Empfindungen in Ihren Füßen zu spüren und zu beobachten. Um sie besser wahrzunehmen, wackeln Sie etwas mit Ihren Zehen. Stellen Sie sich vor, wie Sie Ihren Atem bis zu Ihren Füßen lenken, als ob der Atem durch die Nase zu den Lungen und durch den Bauch bis zu den Füßen hinabgleitet. Und dann wieder hoch hinaufsteigt durch Lunge und Nase. Vielleicht spüren Sie auch gar nichts. Das ist auch in Ordnung. Erlauben Sie sich einfach das Gefühl, nichts zu fühlen. Wenn Sie bereit sind, erlauben Sie Ihren Füßen, sich in Ihrem geistigen Auge aufzulösen und lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihre Knöchel, Waden, Knie und Oberschenkel. Beobachten Sie die Empfindungen, die Sie in Ihren Beinen ausmachen. Lenken Sie Ihre Atmung wie zuvor in die Beine. Wenn Ihr Verstand während der Übung anfängt zu wandern, bemerken Sie dies sanft ohne Urteil, und bringen Sie Ihren Geist zurück, um die Empfindungen in Ihren Beinen zu beobachten.</i></p> <p><i>Wenn Sie Unbehagen, Schmerzen oder Steifheit bemerken, beurteilen Sie dies nicht. Nehmen Sie es einfach wahr. Beobachten Sie, wie diese Empfindungen kommen und gehen, sich verändern und verlagern. Bemerken Sie, wie kein Gefühl anhält. Spüren Sie es einfach und lassen Sie die Empfindungen im Moment so sein, wie sie sind. Atmen Sie in die Beine ein und aus. Beim nächsten Atemzug, lassen Sie die Beine in Ihrem Geist verschwinden und gehen Sie zu den</i></p>

*Empfindungen im unteren Rückenbereich und im Becken. Während Sie in diesen Bereich ein- und ausatmen, spüren Sie, wie er sich entspannt und sanft wird. Bewegen Sie langsam Ihre Aufmerksamkeit bis zu Ihrem mittleren Rücken und oberen Rücken. Werden Sie neugierig auf die Empfindungen hier. Vielleicht spüren Sie Veränderungen in den Muskeln, bei der Temperatur oder an den Berührungspunkten mit dem Stuhl oder Ihrem Untergrund. Mit jedem Atemzug können Sie die Spannung, die in Ihnen ist, loslassen. Und dann verschieben Sie ganz sanft Ihren Fokus auf Ihren Bauch und alle inneren Organe. Vielleicht bemerken Sie das Gefühl Ihrer Kleidung auf der Haut, den Prozess der Verdauung oder wie der Bauch steigt und fällt mit jedem Atemzug. Falls Sie bemerken, dass Sie über diese Bereiche und Empfindungen nachdenken, lassen Sie diese Gedanken sanft gehen und kehren Sie zu den Wahrnehmungen zurück. Während Sie weiter atmen, bringen Sie Ihr Bewusstsein in die Brust- und Herzregion und spüren Sie Ihren Herzschlag. Beobachten Sie, wie die Brust während des Einatmens aufsteigt und wie sich die Brust während des Ausatmens absenkt. Lassen Sie alle möglichen Bewertungen von sich abfallen. Beim nächsten Ausatmen verschieben Sie den Fokus auf Ihre Hände und Fingerspitzen. Schauen Sie, ob Sie Ihre Atmung in diesem Bereich hinein und wieder hinaus lenken können, als ob die Hände atmen würden. Wenn Ihr Geist wandert, bringen Sie ihn sanft zurück zu den Empfindungen in Ihren Händen. Und dann, beim nächsten Ausatmen, verschieben Sie den Fokus und bringen Sie Ihr Bewusstsein in Ihre Arme. Beobachten Sie die Empfindungen oder das Fehlen von Empfindungen, die dort auftreten. Wenn Sie einige Unterschiede zwischen dem linken und dem rechten Arm bemerken, lassen Sie es so sein, kein Grund dies zu beurteilen. Wenn Sie ausatmen, fühlen Sie, wie die Arme weich werden und sich Spannungen lösen. Weiter atmen und Ihren Fokus auf die Nacken, Schulter- und Rachenregion verschieben. In diesem Bereich haben wir oft Spannungen. Seien Sie mit Ihren Empfindungen hier. Es könnten Verspannungen oder Steifheit zu fühlen sein. Sie können die Schultern bemerken, die sich zusammen mit dem Atem bewegen. Lassen Sie alle Gedanken oder Geschichten los, die Sie über diesen Bereich in Ihrem Kopf "erzählen". Wenn Sie atmen, spüren Sie, wie die Spannung von Ihren Schultern abfällt."*

**Zu verknüpfende Übungen:**

Entspannungstechniken, kognitive Techniken, Emotionsregulation

**Quellen / weiterführende Literatur:**

Lin LY, Lin LH, Tzeng GL, Huang YH, Tai JF, Chen YL, Wu CJ, Chen PH, Lin PC, Hung PL. Effects of Mindfulness-Based Therapy for Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Psychol Med Settings*. 2022 Jun;29(2):432-445. doi: 10.1007/s10880-022-09862-z.

### 1.4.2 Imaginäre Körperreise

<b>Name der Intervention / Übung: Imaginäre Körperreise</b>
<i>Ziel der Intervention / Übung:</i> Steigerung des Wohlbefindens und des Selbstwirksamkeitsempfindens
<i>Zielgruppe:</i> Realitätsorientierte PatientInnen
<i>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: teilweise, nur bei quantitativer Verminderung der Aufmerksamkeit</li></ul>
<i>Dauer der Intervention:</i> Ca. 10 – 20 min.
<i>Durchführung:</i> Induktion z. B. über Gang in eine Landschaft, danach Anwendung eines Spiegelbildes, in welchem sich der Patient sieht und verkleinert. Einladung als verkleinertes Ich über eine selbstgewählte Öffnung in den eigenen Körper zu schlüpfen und sich im eigenen Körper umzuschauen. Womit ist man unterwegs? (Fahrzeuge, Raumschiffe, schwimmen) Wo ist man im Körper unterwegs? Wie ist es dort? Dann Einladung zur Suche eines Ortes im Körper, in dem man sich wohlfühlt. Am Ort angekommen genaue Beschreibung wie bei der Reise an den sicheren Ort und Verstärkung des Empfindens. Beendigung der Übung durch Rückweg aus dem Körper, über den Spiegel, aus der Landschaft heraus.
<i>Zu verknüpfende Übungen:</i> Entspannungstechniken, kognitive Techniken, Emotionsregulation
<i>Quellen / weiterführende Literatur:</i> Fruth, S. (2021). Imaginäre Körperreisen – Neue Wege zum individuellen Heilungsprozess. Heidelberg: Carl Auer Verlag.

## 1.5 Entspannungstechniken

### 1.5.1 Progressive Muskelrelaxation

<b>Name der Intervention / Übung: Progressive Muskelrelaxation (PMR, Edmund Jacobson)</b>
<i>Ziel der Intervention / Übung:</i> Reduktion der empfundenen Anspannung
<i>Zielgruppe:</i> PatientInnen ohne Bewegungseinschränkungen
<i>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</i> Anspannung, Angst, Schlafstörungen, zur Stressbewältigung <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinische Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<i>Dauer der Intervention:</i> Ca. 10 – 15 min. (Kurzfassung).
<i>Durchführung, Beschreibung der Intervention / Übung:</i>  <i>Zu beachten: Die Zahl in Klammern gibt die Sekunden bis zur nächsten Anweisung an, kann individuell angepasst werden. Übung beginnt mit Anspannung der dominanten Hand, im Text rechts.</i>  <b>Vorbereitung:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Wirkprinzip der PMR erklären (auf bewusste kurzzeitige Anspannungsphase erfolgt vertiefte Entspannungsphase, durch Entspannung Aktivierung des Parasympathikus; also: Verringerung der Muskelanspannung führt zu Reduzierung von psychischer Anspannung)</li><li>- Ablauf der Übung erklären</li><li>- Bequeme Grundhaltung einnehmen, Arme dabei nicht hängen lassen</li></ul> <b>Durchführung:</b> <p><i>„Legen Sie sich möglichst bequem in Ihrem Bett zurecht und schließen Sie Ihre Augen (2), machen Sie jetzt mit Ihrer rechten Hand eine Faust (1), achten Sie auf die Spannung (5) und lassen sie wieder ganz locker (15–20) und achten Sie auf die Entspannung in Ihren Fingern. Suchen Sie gedanklich Ihren Daumen (1), den Zeigefinger (1), Mittelfinger (1), Ringfinger (1) und den kleinen Finger (1). Wiederholen Sie nun die Übung mit beiden Händen (3x durchführen lassen). Winkeln Sie nun Ihre Arme an, spüren Sie Ihren Bizeps (5) und lassen Sie Ihre Arme wieder sinken und entspannen Sie (2), achten Sie auf die Entspannung in Ihren Armen (15 – 20). Wiederholen Sie nun auch diese Übung zweimal. Ziehen Sie nun ihre Schultern nach oben, aber so, dass sie nicht schmerzen und achten Sie auf die Spannung (5), lassen Sie nun Ihre Schultern wieder langsam sinken und achten Sie auf die Entspannung in Ihren Schultern (15–20). Wiederholen Sie auch diese Übung zweimal selbstständig. Bewegen Sie nun Ihren Kopf langsam nach vorne bis zur Brust und achten Sie auf die Spannung im Nacken (2), nun langsam zurück, aber nicht überdehnen und achten Sie auf die Spannung vorne (2), nun langsam nach rechts (2) und nach</i></p>

links (2) und pendeln Sie nun den Kopf in der Mitte ein, wo es am angenehmsten ist und bleiben Sie in dieser Stellung (15 – 20). Wiederholen Sie auch diese Übung zweimal.

Atmen Sie nun tief aus (3), tief einatmen (3), Atmung anhalten (5) und ausatmen und so weiteratmen, wie sich Ihr Atmen ergibt (15 – 20). Lassen Sie den Atem einfach ein- und ausströmen. Wiederholen Sie nun auch diese Übung zweimal.

Drücken Sie nun Ihren Bauch heraus, achten Sie wieder auf die Spannung (5) und lassen Sie ihre Muskeln wieder ganz locker (2) und achten Sie auf die Entspannung in Ihrem Bauch (15 – 20). Machen Sie auch diese Übung zweimal selbstständig.

Drücken Sie nun Ihre Fersen gegen den unteren Rahmen des Bettes (2), achten Sie auf die Spannung (5) und lassen Sie wieder ganz locker (1) und entspannen Sie (15 – 20). Machen Sie auch diese Übung zweimal selbstständig.

Drücken Sie nun Ihre Zehenspitzen gegen den unteren Bettenrahmen (2), achten Sie auf die Spannung im Unterschenkel (5) und entspannen Sie wieder. Machen Sie auch diese Übung zweimal selbstständig.“

Zurücknehmen: „Winkeln Sie nun Ihre Arme an, atmen Sie tief ein, strecken Sie sich, atmen Sie aus und öffnen Sie Ihre Augen wieder. (Kann auch öfter gemacht werden).“

**Zu verknüpfende Übungen**

Bspw. Atementspannung

**Quellen / weiterführende Literatur:**

Helmer, G. (2008). Progressive Muskelrelaxation nach Edmund Jacobson. In *Springer eBooks* (S. 91–110). [https://doi.org/10.1007/978-3-540-75601-9\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-540-75601-9_7).

Jacobson, E. (1999). *Entspannung als Therapie: progressive Relaxation in Theorie und Praxis*.

### 1.5.2 Atementspannung

<b>Name der Intervention / Übung: Atementspannung</b>
<b>Ziel der Intervention:</b> Reduktion der empfundenen Anspannung
<b>Zielgruppe:</b> PatientInnen mit dem Wunsch nach Entspannungserleben, ohne starke Oxygenierungsstörungen, PatientInnen ohne invasive Beatmung
<b>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</b> Anspannung, Angst, Schlafstörungen, zur Stressbewältigung <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<b>Bereich / Fokus:</b> Entspannung durch Atemtechniken
<b>Dauer der Intervention:</b> Ca. 5 min.
<b>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung</b> <b>Vorbereitung:</b> Zunächst den Patienten / die Patientin bitten, eine möglichst bequeme Haltung einzunehmen, je nach Situation: <i>„Setzen Sie sich bequem auf einen Stuhl und halten Sie den Rücken möglichst aufrecht. Stellen Sie die Füße nebeneinander auf den Boden. Oder Sie legen sich bequem hin, die Beine sind dann ausgesteckt und die Arme liegen neben dem Körper oder auf den Oberschenkeln. Sie können die Augen schließen. Wenn Ihnen das jedoch unangenehm ist, so halten Sie die Augen geöffnet.“</i> <b>Durchführung:</b> <i>„Nun atmen Sie vier- bis fünfmal tief ein und aus. Atmen Sie die Luft durch die Nase ein und durch den leicht geöffneten Mund wieder aus. Bemühen Sie sich um eine angenehme, lange und tiefe Ausatmung. Das Ausatmen sollte doppelt so lange dauern wie das Einatmen. Die Phase der Ausatmung bringt die eigentliche Entspannung. Lassen Sie nach dem Ausatmen einen Moment der „Atemstille“ zu, bis Ihr Körper wieder nach Einatmung verlangt. Halten Sie nach dem Einatmen nicht die Luft an, sondern wechseln Sie nahtlos zur Ausatmung über. Nun lassen Sie Ihre Atmung wieder frei fließen. Der Atem kommt und geht von ganz alleine, ohne Ihr Zutun. Lenken Sie nun Ihre Aufmerksamkeit auf die Nase. Versuchen Sie die Empfindungen zu spüren, die im Inneren der Nase entstehen, wenn die Luft durch die Nase ein- und ausströmt. Um sich leichter auf die Empfindungen konzentrieren zu können, versuchen Sie die Stelle in der Nase zu finden, an der Sie das Entlangstreichen der Luft am klarsten spüren können. Sie können auch 1 – 2 Atemzüge etwas tiefer atmen, um besser zu spüren, an welcher Stelle in der Nase Sie den Luftstrom am besten empfinden können. Auf diese Stelle konzentrieren Sie sich dann. Bleiben Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit für eine Weile bei den Empfindungen in der Nase.“</i>

*Und nun lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf den Bauchbereich. Erspüren Sie wie sich der Bauch vor- und zurückwölbt, hebt und senkt beim Ein- und Ausatmen. Lassen Sie Ihre Atmung weiterhin frei fließen und bleiben Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit für eine Weile bei den Empfindungen des Bauches. Kommen Gedanken dazwischen, die Ihre Konzentration von den Empfindungen des Atmens wegziehen, so lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit ganz bewusst auf das, was ablenkt. Nehmen Sie es wahr, ohne zu bewerten oder zu analysieren. Passiv wahrnehmen, achtsam sein, es einfach nur bemerken, sonst nichts. Und dann wieder zum Atem zurückkehren. Oder Sie können Ihren Atem auch mit Worten begleiten, wie z. B. „Ein“ beim Einatmen und „Aus“ beim Ausatmen oder "Entspannung" („Ent“ beim Einatmen und „-spannung“ beim Ausatmen). Sie können das mit jedem beliebigen Wort machen, das Ihnen angenehm erscheint ("loslassen", "Ruhe", ...). Sollte Ihre Aufmerksamkeit wieder ganz beim Atem sein, so brauchen Sie den Atem nicht mehr mit Worten zu begleiten, sondern können sich einfach wieder nur auf die Empfindungen des Atmens konzentrieren. Den Fokus Ihrer Aufmerksamkeit können Sie auch nur auf die Empfindungen in der Nase belassen. Oder Sie wechseln zwischen Nase und Bauch (dabei ein Weile bei dem entsprechenden Körperteil bleiben). Sie können sich auch auf Nase und Bauch gleichzeitig konzentrieren, was Ihnen auch hilft Ihre Aufmerksamkeit bei den Empfindungen des Atmens zu halten. So werden Sie nicht so leicht von Gedanken abgelenkt. Bevor Sie die Übung beenden, genießen Sie noch für einige Momente die innere Ruhe und den inneren Frieden. Danach nehmen Sie wieder ganz bewusst einige kräftige Atemzüge, recken und strecken sich, öffnen die Augen und kehren entspannt hierher zurück.“*

**Zu verknüpfende Übungen:**

Weitere Entspannungstechniken

**Quellen / weiterführende Literatur:**

Psychosomatische Versorgung am Universitätsklinikum Erlangen unter den Bedingungen der Corona-Epidemie. (2020, 6. Februar).

Uniklinikum Erlangen. <https://www.uk-erlangen.de/presse/pressemitteilungen/ansicht/detail/psychosomatische-versorgung-am-universitaetsklinikum-unter-den-bedingungen-der-corona-epidemie/>).

Diverse Atementspannungen sind auch als Audiodateien im Netz frei verfügbar.

## 1.6 Interventionen zur Realitätsorientierung

### 1.6.1 5-4-3-2-1-Methode

<b>Name der Intervention / Übung: 5-4-3-2-1-Methode</b>
<i>Ziel der Intervention / Übung:</i> Stabilisierung, Entspannung, De-Hypnose
<i>Zielgruppe:</i> PatientInnen nach traumatisierenden Erfahrungen
<i>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</i> PatientInnen oder Anleitung durch Angehörige /Eltern auch sehr gut für Kinder und Jugendliche geeignet <ul style="list-style-type: none"><li>- Aktive Re-Orientierung bei intrusivem Erleben</li><li>- Gedankenstopp gegen Grübel-Gedanken-Kreise</li><li>- Rückgewinn von Impulskontrolle bei Spannungszuständen</li><li>- Aktive Unterbrechung von Angst- und Panikattacken</li><li>- Als Entspannungsübung bei Ein- und Durchschlafstörungen</li> <li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinische Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<i>Dauer der Intervention:</i> Ca. 20 min.
<i>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</i> Fokussierung auf aktuelles Erleben im Hier und Jetzt, Außenorientierung. Durch Fokussierung eines Punktes im Raum größte hypnotische Wirkung, Rücknahme oder Einschlafen möglich, „Störungen“ werden aktiv eingebaut. Augenkönnen offengehalten bleiben (maximales Kontrollerleben) oder bei geschlossenen Augen, dann werden die „Sehwahrnehmungen“ bei geschlossenen Lidern fokussiert. <ol style="list-style-type: none"><li>(1) 5 x Fokus auf aktuell wahrnehmbares SEHEN, dann HÖREN, dann SPÜREN</li><li>(2) 4 x Fokus auf aktuell wahrnehmbares SEHEN, dann HÖREN, dann SPÜREN</li><li>(3) 3 x Fokus auf aktuell wahrnehmbares SEHEN, dann HÖREN, dann SPÜREN</li><li>(4) 2 x Fokus auf aktuell wahrnehmbares SEHEN, dann HÖREN, dann SPÜREN</li><li>(5) 1 x Fokus auf aktuell wahrnehmbares SEHEN, dann HÖREN, dann SPÜREN</li><li>(6) Rücknahme durch Rückwärtszählen // oder Einschlafen</li></ol>
<i>Zu verknüpfende Übungen:</i> Übung kann sehr gut isoliert verwendet werden.
<i>Quellen / weiterführende Literatur:</i> Y. Dolan, One small step. Moving Beyond Trauma and Therapy to a Life of Joy, 2000, Universe Press, 2000. Y. Dolan, Schritt für Schritt zur Freude zurück, 2009, Carl Auer Verlag. S. Bambach: <a href="https://www.traumatherapie.de/users/bambach/hydratext.html">https://www.traumatherapie.de/users/bambach/hydratext.html</a> . B. Mathew, H. Vormbrock: Psychotherapiewelt, You tube Übungsanleitung: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=qPGQkHjTA50">https://www.youtube.com/watch?v=qPGQkHjTA50</a> .



## 1.6.2 Erlebnisvermeidung

<b>Name der Intervention / Übung: Erlebnisvermeidung</b>
<b>Ziel der Intervention / Übung:</b> „Ich kann das nicht tun, weil...“, „Das schaffe ich nie.“, „Ich muss die Kontrolle behalten.“ Die Erlebnisvermeidung gehört zu den sechs pathologischen Prozessen des HexaFlex-Modells der Akzeptanz-Commitment-Therapie und basiert auf der Relational Frame Theory (semantische Bezugsrahmentheorie). Bei der Erlebnisvermeidung geht es darum eine Akzeptanz und Bereitschaft zu entwickeln und nicht das Symptom zu reduzieren. Ziel ist es den Kampf gegen das eigene Innere abzulegen, zu akzeptieren, dass es unangenehme schmerzliche Zustände gibt und sie anzunehmen. Je mehr man versucht, einen Gedanken nicht zu denken, eine Emotion nicht zu fühlen, einen Schmerz nicht zu fühlen, umso häufiger drängen sich Gedanken, Gefühle und Schmerzen auf (Hayes-Regel: „Wenn du nicht bereit bist, es zu haben, bekommst du es.“) Es ist schwer damit umzugehen, weil die ontogenetische Entwicklung durch die rationale, verstandsanalytische Bewältigung geprägt ist und wir gelernt haben Probleme zu beseitigen. Akzeptanz heißt dabei nicht passives Erdulden des Zustandes, sondern aktiv Gedanken und Gefühle anzunehmen, sich aktiv mit der Situation auseinanderzusetzen, also die Verteidigungshaltung aufzugeben und die Zustände intensiv zu spüren und zu beschreiben. Dies erfordert Mut. Akzeptanz ist binär und nicht teilbar und sie ähnelt einem Sprung ins Ungewisse. Ziel dieser Übung ist es, zu verhindern, dass Gedanken von uns Besitz ergreifen. Radikale Akzeptanz des unvermeidbaren Unangenehmen, d. h. die Dinge nicht gutzuheißen, es zu billigen etc., sondern, Unangenehmes, das sich nicht verändern lässt, mit einer Gelassenheit zu akzeptieren.
<b>Zielgruppe:</b> PatientInnen und Angehörige
<b>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</b> vor allem bei Angst- und depressiver Symptomatik, unklarer / wechselnder/ ungünstiger Prognose, prolongierten Behandlungen und Krankenhausaufenthalten, Schmerzen, Instabilität. <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<b>Dauer der Intervention / Übung:</b> Ca. 10 – 15 min. <b>Übung</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kreative Hoffnungslosigkeit</li><li>2. Kontrolle als Problem erkennen</li><li>3. Akzeptanz als Alternative erwägen</li></ol>
<b>Durchführung:</b> <b>Beschreibung der Intervention / Übung:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>Kreative Hoffnungslosigkeit:</i> Bestandsaufnahme der bisherigen Lösungsversuche</li><li>2. <i>Kontrolle als Problem erkennen:</i><ul style="list-style-type: none"><li>- Diskrimination → was ist kontrollierbar und was nicht</li><li>- Abstand zur inneren Wortmaschine</li></ul></li></ol>

- Übung: Gelber Jeep oder rosaroter Elefant. 10 Sekunden an einen gelben Jeep / rosaroten Elefanten denken, 10 Sekunden ganz bewusst nicht daran denken. Evaluieren. Erkennen der Hayes-Regel. Gedanke evaluieren und reduzieren. Wie oft kam der Gedanke heute schon? 30 Sekunden versuchen, nicht an diesen Gedanken zu denken. Wie gut hat es geklappt? Jetzt 30 Sekunden an alles Mögliche denken. Wie gut hat es geklappt? Wie oft kam der Gedanke bei der Übung „an alles Mögliche zu denken“? → es kann nutzlos sein oder sogar das Gegenteil hilfreich sein, die Gedanken loshaben zu wollen, die man nicht mag.
  - Selbstbeobachtung
3. Akzeptanz als Alternative erwägen: Bereit sein, dass eigene Erleben zu erleben, was auch immer da ist → Bereitwilligkeit als Wahl zu sehen (Bsp.: „Wie stark ist Ihre Angst? Bereitschaftsregler (0 – 10). Wie bereit bin ich, die Angst auszuhalten“). Person motivieren, das Erlebte mitzunehmen und nicht zu versuchen, es loszuwerden. Hier bieten sich viele Metaphern an, wie beispielsweise „Das Monster am Wegesrand“, „Joe der Taugenichts“
- Was für Gedanken gilt, gilt auch für Gefühle.

**Zu verknüpfende Übungen:**

Bspw. Kognitive Defusion, Umgang mit Problememotionen

**Quellen / weiterführende Literatur:**

Wengenroth: Therapie-Tools Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Beltz, 2012.  
 Hayes, S. C. & Smith, S. (2007). In Abstand zur inneren Wortmaschine. Ein Selbsthilfe- und Therapiebegleitbuch auf der Grundlage der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT). Tübingen: dgvt-Verlag.  
 Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2004). Akzeptanz und Commitment Therapie. CIP-Medien: Junfermann-Verlag.

### 1.6.3 Kognitive Defusion

<b>Name der Intervention / Übung: Kognitive Defusion</b>
<i>Ziel der Intervention / Übung:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Wahrnehmung, Benennung und Lösen von Gedanken und Gefühlen</li><li>- Das Erleben eigener belastender, abwertender Gedanken soll so verändert werden, dass sie weniger ernst bzw. wörtlich genommen werden.</li><li>- Dadurch sollen die PatientInnen ihre psychische Flexibilität wiedererlangen.</li></ul>
<i>Zielgruppe:</i> PatientInnen und Angehörige
<i>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</i> Vor allem bei Angst- und depressiver Symptomatik, (chronischen) Schmerzen, unklarer/ wechselnder/ ungünstiger Prognose, prolongierten Behandlungen und Krankenhausaufenthalten
<i>Dauer der Intervention:</i> Ca. 10 – 15 min.
<i>Durchführung:</i> <i>Beschreibung der Intervention / Übung:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gedanken als solche benennen („Ich habe den Gedanken, dass...“)</li><li>- Gedanken aufschreiben/ aussprechen / visualisieren</li><li>- Aus einem „Aber“ ein „Und“ machen (aus „Ich weiß, dass ..., aber das ist so anstrengend / ich habe Angst davor.“ wird „Ich weiß, dass... und es ist anstrengend / und ich habe wirklich Angst davor.“) Das Gefühl der Anstrengung / Angst ist nicht logisch mit dem Vermeidungsverhalten verknüpft!</li><li>- Gedanken achtsam beobachten und an sich vorbeiziehen lassen.</li><li>- Gedanken verfremden, z. B. singen.</li></ul>
<i>Zu verknüpfende Übungen:</i> Ressourcenaktivierende Gesprächsführung
<i>Quellen / weiterführende Literatur:</i> Wengenroth M.(2010). Das Leben annehmen – So hilft die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Huber Verlag. Wengenroth M. (2017). Therapie-Tools Akzeptanz- und Commitmenttherapie. Verlag Julius Beltz GmbH & Co. KG.

#### 1.6.4 Würdezentrierte Therapie

<b>Name der Intervention / Übung: Würdezentrierte Therapie</b>
<i>Ziel der Intervention / Übung:</i> Ressourcenorientierter Blick auf das eigene Leben, Förderung von Sinnerleben
<i>Zielgruppe:</i> Realitätsorientierte, verbal kommunikationsfähige PatientInnen (gemeinsam mit Angehörigen)
<i>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</i> PatientInnen in palliativer Situation, z. B. Leberversagen  <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<i>Dauer der Intervention / Übung:</i> Ca. 30 Min.
Die Berichte der Person werden transkribiert und ihr / ihm ausgehändigt; im ITS-Setting ist es möglich, einzelne Fragen herauszugreifen, insbesondere bei PatientInnen mit reduzierter Aufmerksamkeitsspanne oder starker körperlicher Schwäche. Die Worte der PatientInnen können als Audiodatei für die Angehörigen aufgenommen werden, wenn die Person zustimmt. <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Erzählen Sie mir ein wenig aus Ihrem Leben; besonders über die Ereignisse, an die Sie sich am meisten erinnern oder die am wichtigsten in Ihrem Leben waren. Was war Ihre beste Zeit?</i></li><li>- <i>Gibt es bestimmte Dinge, die Sie Ihrer Familie über sich mitteilen wollen? Gibt es bestimmte Erinnerungen, die Sie mit Ihrer Familie teilen wollen?</i></li><li>- <i>Was waren die wichtigsten Rollen, die Sie in Ihrem Leben eingenommen haben (familiär, beruflich, gesellschaftlich etc.)? Warum waren Ihnen diese Rollen wichtig und was haben Sie Ihrer Meinung nach darin erreicht?</i></li><li>- <i>Was waren Ihre wichtigsten Taten, worauf sind Sie besonders stolz?</i></li><li>- <i>Gibt es Dinge, von denen Sie merken, dass sie noch ausgesprochen werden wollen? Oder auch Dinge, die Sie Ihren Lieben gerne noch einmal sagen möchten?</i></li><li>- <i>Was sind Ihre Hoffnungen und Wünsche für Ihre Liebsten?</i></li><li>- <i>Was haben Sie über das Leben gelernt, was Sie gerne anderen weitergeben möchten? Welchen Rat oder welche Lebensweisheiten würden Sie gerne an Ihren Sohn (Tochter, Mann, Frau, Eltern etc.) weitergeben?</i></li><li>- <i>Gibt es Worte / Botschaften, die Sie Ihrer Familie mitgeben wollen, oder vielleicht sogar Anweisungen, damit sie für die Zukunft gerüstet sind?</i></li><li>- <i>Gibt es andere Dinge, die Ihnen während dieses Gesprächs einfallen und die Thema sein sollten?</i></li></ul>
<i>Zu verknüpfende Übungen:</i> Bspw. Ressourcenaktivierende Gesprächsführung
<i>Quellen / weiterführende Literatur:</i> Schramm A, Berthold D, Gramm J (2013): Dignity Therapy. Psychologische Kurzintervention für Würde am Lebensende. <a href="https://www.palliativpsychologie.de/wp-content/uploads/Dignity-Therapy_SchrammBertholdGramm_131222.pdf">https://www.palliativpsychologie.de/wp-content/uploads/Dignity-Therapy_SchrammBertholdGramm_131222.pdf</a> .

### 1.6.5 Kommunikation mit (invasiv) beatmeten PatientInnen

<b>Name der Intervention: Kommunikation mit (invasiv) beatmeten PatientInnen.</b>
<i>Ziel der Intervention:</i> Überwinden möglicher beatmungsbedingter Hürden
<i>Zielgruppe:</i> Invasiv beatmete PatientInnen
<i>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</i> PatientInnen, die mithilfe einer Maske, einer Trachealkanüle sowie eines endotrachealen oder nasalen Tubus beatmet werden.  <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: nein</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<i>Dauer der Intervention:</i> Je nach Erleben der PatientInnen. Die Zeitspanne sollte so gewählt werden, dass die PatientInnen nicht überanstrengt oder durch Missverständnisse frustriert werden.
<i>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</i> <i>Während des Weaningsprozesses oder bei langzeitbeatmeten PatientInnen, stellt die veränderte Kommunikationsfähigkeit, häufig in Zusammenhang mit wahrnehmungsverändernden Medikamenten, eine große Belastung für die Betroffenen dar. Um die Kommunikation funktional und hilfreich zu gestalten eignet sich ein Vorgehen, welches individuell an den physischen und kognitiven Zustand der PatientInnen angepasst wird.</i> <i>Dabei bieten sich folgende Vorgehensweisen an:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Die Kontaktaufnahme zu PatientInnen erfolgt proaktiv mittels Blickkontakt, einer ruhigen und entschleunigten Ansprache und kann mit einer Initialberührung unterlegt sein. (Bsp.: <i>Hand auf die Schulter legen</i>).</li><li>- Auf jedes Kommunikationsangebot der PatientInnen ist einzugehen, auch wenn der Inhalt von den PsychologInnen nicht verstanden wird. (Bsp.: <i>„Ich sehe, dass Sie mir etwas sagen möchten.“</i> Oder <i>„Ich habe verstanden, dass Sie mir etwas sagen möchten.“</i>)</li><li>- Bei stark kommunikationsbeeinträchtigten PatientInnen empfiehlt sich das Stellen kurzer, leicht verständlicher und geschlossener Fragen, um die PatientInnen vor einem Überforderungserleben zu schützen. (Bsp.: <i>„Haben Sie Durst?“</i> oder <i>„Haben Sie Schmerzen?“</i>)</li><li>- Im weiteren Verlauf empfiehlt sich die indikationsgerechte Nutzung von Kommunikationshilfsmitteln wie beispielsweise Überartikulation, Gesten, Schreib-, Symbol oder Buchstabentafeln, Schreiben, elektronischer Kommunikationsgeräte oder auch eines Sprechventils.</li><li>- Das Verbalisieren des Verstandenen und das regelmäßige Einholen von Feedback ermöglicht den PatientInnen eine Korrektur, um Missverständnisse zu vermeiden (Bsp.: <i>„Verstehe ich richtig, dass Sie (...)?“</i>)</li><li>- Um eine Überanstrengung der PatientInnen zu vermeiden, ist ein Feedback über das Erleben der PatientInnen einzuholen.</li></ul>

*(Bsp.: Ist es anstrengend für Sie, wenn wir miteinander sprechen?)*

- Der Einsatz validierender und reflexiver Techniken dient der stellvertretenden Artikulation, gleichzeitig wird ein Selbstbezug angeregt.

*(Bsp.: „Ich kann mir gut vorstellen, dass (...).“ oder: „Vielen PatientInnen geht es so, dass (...).“)*

**Zu verknüpfende Übungen:**

Je nach Bedarf

**Quellen/ weiterführende Literatur:**

Deffner, T., Janssens, U. & Strauß, B. (2021). *Praxisbuch Psychologie in der Intensiv- und Notfallmedizin: Konzepte für die psychosoziale Versorgung kritisch kranker Patienten und ihrer Angehörigen.*

## 1.7 Interventionen der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)

### 1.7.1 Alptraum-Intervention

<b>Name der Intervention / Übung: Albtraum-Intervention</b>
<p><i>Ziel der Intervention:</i> Alpträume stehen ätiologisch einer Angsterkrankung nah. Es liegen zwei Ansätze in der Behandlung vor, die sich in den vorhandenen Metaanalysen als hochwirksam erwiesen haben.</p> <p>1. Konfrontationstherapie Das Verfahren ist angelehnt an die Traumatherapie.</p> <p>2. Imagery Rehearsal Therapy (IRT) Bei dieser Technik wird der Traum so verändert, dass die PatientInnen eine neue Bewältigungserfahrung der Situation machen können. Das therapeutische Wirkprinzip dieser Technik begründet sich, neben der Konfrontationsbehandlung, in erster Linie durch die aktive Bewältigung und das anschließende Erleben dieser Bewältigungserfahrung, wodurch eine Steigerung der Selbstwirksamkeit erzielt wird. CAVE: in keinem Fall isoliert durchführen → Einbettung in standardisiertes Therapieangebot.</p> <p><i>Exkurs: Oneiroide</i> Die oneiroide Erlebnisform ist ein traumartig veränderter Wach- bzw. Bewusstseinszustand, in dem die PatientInnen in einer trauma- oder krankheitsbedingten Extremsituation die Realität des lebensbedrohlichen Krankseins durch eine eigene, imaginäre Welt ersetzen. Im Gegensatz zu Halluzinationen, wie sie z. B. bei sensorischer Isolation auftreten können, ist sie gekennzeichnet durch eine Welthaftigkeit und besitzt für die Person absoluten Wirklichkeitscharakter. Sie ist nur durch Selbstschilderung, also über sprachliche Mitteilung erfassbar und bleibt für die PatientInnen unvergesslich. Zu den oneiroidverursachenden Krankheiten zählen Guillain-Barré-Syndrom, komatöse Zustände, Locked-in-Syndrom (beispielsweise bei einer Hirnstammischämie), traumatische, postoperative und Wochenbett-Psychosen, schwere Verbrennungen, Hungerzustände, Enzephalitiden, Poliomyelitiden, Hirnverletzungen und Langzeitbeatmungen. Nach einer Studie erleben ca. 37 %, die infolge eines schweren Traumas tagelang bewusstlos bzw. im Koma waren, typische Oneiroide. Wenn schwer vom Oneiroid-Syndrom betroffene Menschen danach gefragt werden, was ihre beeindruckendsten Erlebnisse auf der Intensivstation waren, sind das in 44 % der Fälle ihre Träume. Das Pflegepersonal wird in 16 %, die Entlassung in 4 %, der erste Besuch der Familie in 4 % und die MitpatientInnen in 4 % der Fälle genannt.</p>
<p><i>Zielgruppe:</i> PatientInnen mit Angststörungen, Albtraumstörung</p>
<p><i>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</i> Bei Bedarf.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<p><i>Dauer der Intervention:</i> Ca. 5 – 15 min.</p>

### *Übung:*

1. Konfrontationstherapie (Exposition in sensu)
2. IRT
3. Oneiroide

### *Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung*

#### **1. Konfrontationstherapie**

Bei der Konfrontationstherapie wird zunächst ein Traumtagebuch geführt bzw. der Traum exploriert. Die unmittelbar nach dem Erwachen bestehende Traumaktivität soll festgehalten werden. Ein Script (Narrativ) des Alptrausms wird erstellt und eine Exposition in sensu durchgeführt. Dabei sollte die betroffene Person den Traum mehrfach durchsprechen und die dazu stehenden negativen Gefühle zulassen. Dies wird so lange wiederholt, bis eine Habituation eingetreten ist und die aversiven Gefühle reduziert sind. Der Traum in seinem Ablauf bleibt unverändert.

#### **2. IRT**

- Konfrontation: Aufschreiben/ erzählen des Traumes / Hotspots detektieren, die angstausslösend sind.
- Bewältigung: Ausdenken eines bewältigungsorientierten Verhaltens<sup>5</sup>, das das Traumende ins Positive umgekehrt (Helfer, Superkräfte). Einüben der neuen Strategie über mehrere Tage immer mit dem gleichen Narrativ.

#### **3. Oneiroide: Behandlung bis dato nur Edukation und Entpathologisieren.**

### *Zu verknüpfende Übungen:*

#### **5-4-3-2-1-Übung**

### *Quellen / weiterführende Literatur:*

Binder, R., Schöller, F. & Weeß, H.-G. (2020). Schlafstörungen. Beltz: Weinheim-Basel.

<https://de.wikipedia.org/wiki/Oneiroid-Syndrom>.

Binder, R., Schöller, F. & Weeß, H.-G. (2020). Schlafstörungen. Beltz: Weinheim-Basel.

Derra, C. & Schilling, C. (2019). Achtsamkeit und gestörter Schlaf. Klett-Cotta: Stuttgart.

Kammerer, T. (2006). Traumland Intensivstation: Veränderte Bewusstseinszustände und Koma: Interdisziplinäre Expeditionen. Books on Demand.

S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen, Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016.

Schmucker, M. & Vetter, S. (1997). Imagery Rescripting: Therapiemanual zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) nach sexuellem Missbrauch. Zürich: Vetter Druck AG.

Schröter-Kunhardt, M. (2006). Oneiroidales Erleben Bewusstloser. (Memento des Originals vom 18. August 2014 im Webarchiv [archive.today](http://archive.today)).

Zulley, J & Knab, B. (2016). Die kleine Schlafschule. 1. Aufl. Mabuse: Frankfurt am Main.

<sup>5</sup> Wenig hilfreich sind Vermeidungsstrategien, wie Weglaufen, Wegfliegen oder Erwachen → führen zu einer Verstärkung der Angst



### 1.7.2 Pendel

<b>Name der Intervention / Übung: Pendel</b>
<i>Ziel der Intervention:</i> Unterstützung des Perspektivwechsels, Förderung der Distanzierung von heftigen Emotionen
<i>Zielgruppe:</i> PatientInnen und Angehörige
<i>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</i> PatientInnen und Angehörige mit affektiven Beschwerden (v. a. Angst, Depression), Hilflosigkeitserleben, Denkstörungen, irrationalen Kognitionen, Schlafstörungen, psychomotorischer Anspannung > CAVE: Langlieger, PatientInnen mit unklarer Prognose, wechselhaften Verläufen.  <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ausschließlich elektiv</li><li>- bei Kindern anwendbar: nein</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<i>Dauer der Intervention:</i> Ca. 10 – 20 min.
<i>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Einführung und Anleitung anhand adaptierter Arbeitsblätter aus der ACT-Tool-Sammlung mit anschließendem selbstständigen Üben des PatientInnen.</li></ul>
<i>Zu verknüpfende Übungen:</i> 5-4-3-2-1-Übung
<i>Quellen &amp; weiterführende Literatur:</i> Wengenroth M (2017). Therapie-Tools Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). 2.Auflage, Beltz Verlag, Weinheim Basel.

### 1.7.3 Therapeutische Geschichten

#### Name der Intervention / Übung: Therapeutische Geschichten

##### *Ziel der Intervention:*

Geschichten sind häufig aus der eigenen Kindheit positiv besetzt und **fesseln die Aufmerksamkeit**. Geschichten haben eine Metapher im Kern, die eine wichtige therapeutische Botschaft enthalten. Sie eignen sich als Träger für therapeutische Interventionen und Suggestionen.

Geschichten **lösen Suchprozesse aus** und können den Fokus verändern hin z.B. hin zu hilfreichen Ressourcen. Sie können einen Perspektivwechsel bewirken und neue Lösungsstrategien in Gang setzen (vgl. mit bloßem Ratschlag).

**Therapeutische Suggestionen** können eingestreut werden und im Kontext einer Geschichte verpackt auf einer unbewussten Ebene wirken. So kann der Protagonist z. B. in direkter Rede aussprechen, was auf die PatientInnen gemünzt ist (Einstreutechnik)

Die Bildsprache unterläuft die rationale Kontrolle, indem sie sich der exakten Analyse entzieht. Die PatientInnen bilden eigene Assoziationen zu den Geschichten. Gegen diese ist der **Widerstand deutlich geringer**.

PatientInnen **erinnern sich** stärker an eine prägnante Geschichte als an sachlich vorgebrachte Argumente.

Eine Geschichte kann leicht als **Anker** für die damit verbundenen Ideen und das damit in Zusammenhang stehende Erleben wirken.

Geschichten, die zum aktuellen Gefühlszustand der PatientInnen passen, können Verständnis und Einfühlungsvermögen des Therapeuten demonstrieren. Der betroffenen Person müssen die Gefühlszustände nicht notwendigerweise bewusst sein.

##### *Zielgruppe:*

PatientInnen (Erwachsene, Jugendliche, Kinder) und Angehörige.

Die Methode kann auch bei PatientInnen eingesetzt werden, die in ihrer verbalen Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind (Tracheotomie, Aphasie). Voraussetzung ist ein adäquates und orientiertes Bewusstsein.

##### *Einsatzmöglichkeiten & Indikationen:*

- Umgang mit unterschiedlichen Emotionen im Rahmen kritischer Lebensereignisse wie Belastungserleben, Angst, Traurigkeit, Trauer, Mutlosigkeit / Resignation, Hilflosigkeit, Wut oder Ungeduld, Verknüpfung von Kognition und Emotion.
- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja
- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)
- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein
- Realitätsorientierung erforderlich: ja
- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja

##### *Dauer der Intervention:*

Ca. 5 – 15 min.

### **Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:**

- Erfragen, Beobachten, Validieren des emotionalen Zustandes. Beispiel: LangliegerpatientIn fühlt sich niedergeschlagen und resigniert, Augen wirken traurig, bestätigt das.
- Erlaubnis einholen, Geschichte erzählen zu dürfen. Beispiel: „*Irgendwie muss ich gerade an eine Geschichte denken. Psychologen machen ja manchmal merkwürdige Dinge. Darf ich Ihnen die Geschichte erzählen?*“ (Yes-Set).
- Geschichte bildhaft erzählen:
  - Dabei kann die Einleitung genutzt werden zur Vertiefung eines Tranceerlebens. Trance erhöht die Empfänglichkeit für Suggestionen. Eine einfache Möglichkeit ist dabei, die Natur, in deren Kontext die Geschichte spielt, in Ruhe zu beschreiben und dabei unterschiedliche Sinnesmodalitäten anzusprechen (sehen, hören, fühlen, riechen ...).
  - Je nach Kontext und Aufmerksamkeitsspanne kann die eigentliche Geschichte auch in zwei oder drei verschachtelte Rahmengeschichten eingepackt sein, um die kognitiven Anteile abzulenken und Zugang zu einer emotionalen Ebene zu bekommen.
- Am Ende der Erzählung darf die Geschichte für sich stehen bleiben. Eine Interpretation durch die PatientInnen / die Angehörigen ist nicht nötig.
- Es ist ebenfalls möglich, eine Geschichte vorzulesen. Die PatientInnen können die Augen auch schließen, wenn es angenehm für sie ist.
- Es ist auch möglich Geschichten von anderen PatientInnen zu erzählen.
- Die Geschichten können auch mitgegeben werden.

### **Zu verknüpfende Übungen:**

Interventionen, die Angst während Prozeduren, z.B. ZVK-Anlage, lindern, bspw. die Applied Tension-Technik.

### **Quellen / weiterführende Literatur:**

Bucay, J. (2005): Komm ich erzähl dir eine Geschichte; Ammann Verlag.

Hammel, S. (2018): Handbuch des therapeutischen Erzählens (Leben Lernen, Bd. 221): Geschichten und Metaphern in Psychotherapie, Kinder- und Familientherapie, Heilkunde, Coaching und Supervision. Klett-Cotta.

Lamprecht K., Hammel S., Niedermann M., Hürzeler A. (2021):

Wie der Tiger lieben lernte: 120 Geschichten zum Umgang mit psychischem Trauma. Ernst Reinhardt Verlag.

Meiss, O. (2000): Der Wachhund und der Schlafhund. Unveröffentlichter Text zu erhalten unter: info@milton-erickson-institut-hamburg.de.

Schwegler, C. (2014): Der Hypnotherapeutische Werkzeugkasten: 55 Hypnotherapeutische Techniken für gelungene Induktionen und Interventionen.

Tigges-Limmer K. (2022): Psychologische Aspekte bei Patienten mit Herzerkrankungen in der intensivmedizinischen Versorgung. In Deffner T, Janssens U, Strauss B (Hrsg) Praxisbuch Psychologie in der Intensiv- und Notfallmedizin MWV Berlin, S157-162.

Tigges-Limmer K., Winkler Y., Brocks Y., Gummert J. (2018): Hypnotherapeutische Prophylaxe und Behandlung von Traumatisierungen in der Herzchirurgie Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie 13(2)89-117.

Tigges-Limmer K., Gummert J. (2010): Hypnotherapeutische Interventionen in der Herztransplantation. Hypnose - Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie 5 (1+2), 179-197.

Trenkle, B. (2021): Dazu fällt mir eine Geschichte ein: Direkt-indirekte Botschaften für Therapie, Beratung und über den Gartenzaun. Carl-Auer-Verlag.

### 1.7.3.1 Therapeutische Geschichten: Häuptlingsgeschichte

<b>Name der Intervention / Übung:</b> <b>Therapeutische Geschichten: Häuptlingsgeschichte</b>
<b>Ziel der Intervention:</b> Die Geschichte zeigt, dass es in Phasen großer Herausforderungen (körperlicher Krisen) völlig normal ist, dass auch die Psyche reagiert und wir uns emotional belastet fühlen. Die psychische Verarbeitung braucht Zeit und wir Menschen dürfen uns diese Zeit nehmen. Die Geschichte zeigt auch eine Strategie zum Umgang mit der Angst auf: Der Häuptling, der sich der Angst stellt, für sich und sein Volk an seine Grenze geht und die Herausforderung besteht.
<b>Zielgruppe:</b> PatientInnen (Erwachsene, Jugendliche, Kinder) und Angehörige
<b>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</b> akute Belastungsreaktion, Angst vor Intervention  <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<b>Dauer der Intervention:</b> Ca. 15 min.
<b>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ siehe 1.7.3</li></ul>
<b>Zu verknüpfende Übungen:</b> Bspw. Ressourcenaktivierende Gesprächsführung
<b>Quellen / weiterführende Literatur:</b> Tigges-Limmer K, Winkler Y, Brocks Y, Gummert J. 2018 Hypnotherapeutische Prophylaxe und Behandlung von Traumatisierungen in der Herzchirurgie Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie 13(2)89-117.

### 1.7.3.2 Therapeutische Geschichten: Zwei Wölfe

<b>Name der Intervention / Übung:</b> <b>Therapeutische Geschichten: Zwei Wölfe</b>
<b>Ziel der Intervention:</b> Viele PatientInnen und auch ihre Angehörigen erleben sich im Genesungsprozess zwischen Hoffen und Bangen, Zuversicht und Verzweiflung, Autonomie und Ausgeliefert sein. Diese kleine Geschichte ermutigt zur Selbstwirksamkeit. Die beiden Wölfe sind eine einprägsame Metapher. Sie sind ein wirkungsvoller Anker für den Umgang mit Angst, Vertrauen und Selbstfürsorge.
<b>Zielgruppe:</b> PatientInnen (Erwachsene, Jugendliche, Kinder) und Angehörige
<b>Einsatzmöglichkeiten &amp; Indikationen:</b> Umgang mit Angst, z.B. auch im Kontext vom Auftreten von Komplikationen <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: nein</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<b>Dauer der Intervention:</b> Ca. 10 min.
<b>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Geschichte bildhaft nacherzählen, siehe 1.7.3</li><li>• Möglichkeit für die Einleitung<ul style="list-style-type: none"><li>○ „<i>Kennen Sie aus Ihrer Kindheit noch Indianer? Ich möchte Ihnen gern eine Geschichte erzählen von einem sehr alten Indianer. Die ehemals tiefschwarzen Haare sind schon lange schlohweiß, die rotbraune Haut ist gegerbt und gefaltet von der Sonne, dem Wind, dem Regen und den Lebensjahren. Dieser stolze alte Indianer sitzt in einer lauen Prärienacht am Lagerfeuer. Die Sterne funkeln, es ist noch angenehm warm, in der Luft der Geruch von Rauch und Feuer. Und neben ihm sein kleiner Enkelsohn. Vielleicht erinnern Sie sich noch wie es ist, in der Stille an einem Lagerfeuer zu sitzen ...</i>“</li></ul></li></ul>
<b>Zu verknüpfende Übungen:</b> Übung kann gut isoliert angewendet werden.
<b>Quellen / weiterführende Literatur:</b> Tigges-Limmer K., Winkler Y., Brocks Y., Gummert J. 2018 Hypnotherapeutische Prophylaxe und Behandlung von Traumatisierungen in der Herzchirurgie Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie 13(2)89-117.

## 2 Interventionen speziell für Angehörige

### 2.1 Intensiv-Tagebuch

<b>Name der Intervention / Übung: Intensiv-Tagebuch</b>
<i>Ziel der Intervention / Übung:</i> Das Intensivtagebuch ist ein Tagebuch, das während der Zeit der Bewusstseinsstörung der PatientInnen von Pflegenden und Angehörigen geführt wird und in dem meist Ereignisse und Entwicklungen beschrieben werden. PatientInnen können später das Tagebuch lesen und damit die Zeit während der Bewusstlosigkeit rekonstruieren und verstehen.
<i>Zielgruppe:</i> Angehörige von PatientInnen mit einer Bewusstseinsstörung $\geq$ 3 Tagen.
<i>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• PatientInnen mit vorübergehender Bewusstseinsstörung ohne Sedierung oder Beatmung</li><li>• Eltern Frühgeborener</li><li>• Angehörige Sterbender</li><li>• Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>• bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>• in klinischer Notfallmedizin anwendbar: ja</li><li>• Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>• Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<i>Dauer der Intervention / Übung:</i> wiederholt, regelmäßig ca. 3 – 10 min. täglich
<i>Durchführung: Beschreibung der Intervention / Übung:</i> <b>Beginn</b> Ab 1. Tag, auch retrospektiv ab 3. Tag <b>Dauer</b> Keine Evidenz für eine bestimmte Dauer. Empfehlung: auch nach Verlegung weiterschreiben (lassen). <b>Frequenz</b> Zu Beginn 1 – 3x täglich Schreiben, bei stabilen Verläufen 1 x täglich. <b>Eintragende Personen</b> Nahe Angehörige, Pflegende, ÄrztInnen, TherapeutInnen, Besucher u.a. <b>Schreibstil</b> Als würde man den / die PatientIn direkt ansprechen. Sinnvoll: gelegentlich reflexive Fragen, die mit Umweltbeschreibungen kombiniert werden (siehe unten). <b>Inhalte</b> Erster Eintrag: Zusammenfassung der Ereignisse, die zum Aufenthalt führten Täglicher Zustand, Ereignisse, Entwicklungsschritte, Besuche. Weiter nach Interessen und Verantwortungen des / der PatientIn (Familie, Haustiere, Arbeit, Fußball, Börse u.a.). <b>Lesen des Tagebuches</b> Wenn Patienten/Angehörige die Bereitschaft zeigen, sich mit ihren Erfahrungen auseinander setzen zu wollen. Das Lesen sollte gemeinsam mit geschultem Fachpersonal stattfinden.

**Zu verknüpfende Übungen:**  
**Übungen zur Emotionsregulation**

**Quellen / weiterführende Literatur:**

*Intensivtagebuch.de.* (n.d.). Intensivtagebuch. Retrieved February 13, 2024, from <https://www.intensivtagebuch.de>.  
Nydahl P, Kuzma J. Tagebücher für kritisch kranke Patienten. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2021 (116): 210-215.  
Renneis L. Intensivtagebuch – Implementierung trotz hoher Arbeitsdichte. *intensiv* 2021 (29): 130-136.

## 2.2 Angehörigenbegleitung bei PatientInnen nach Suizidversuch

<b>Angehörigenbegleitung bei PatientInnen nach Suizidversuch</b>
<p><i>Ziel der Intervention / Übung:</i> Die Intensivstation ist häufig der erste Kontakt der Angehörigen mit der sozialen Außenwelt nach einer aktuellen Suizidhandlung der PatientInnen (Suizidversuch bzw. Suizidvollendung) und somit die erste Antwort der Umwelt auf die Suizidhandlung der PatientInnen. Suizidalität, Suizidversuch und Suizid haben oft ihre Mitbedingungen im Beziehungsgefüge, immer aber gravierende Auswirkungen auf das familiäre und soziale Umfeld des Betroffenen. Die Intervention zielt auf die Unterstützung der durch die Auseinandersetzung mit dem „abgewendeten“ bzw. anhaltend drohenden Verlust eines geliebten Menschen selbst fürsorgebedürftigen Angehörigen, hierbei insbesondere auf die Reduktion von Scham und Stigmatisierung.</p>
<p><i>Zielgruppe:</i> Angehörige von PatientInnen nach Suizidhandlung</p>
<p><i>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</i> Erstkontakt zu Angehörigen nach stationärer Aufnahme der suizidalen PatientInnen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Elektiv und nicht-elektiv anwendbar: ja</li><li>- bei Kindern anwendbar: ja (auch zur Elternanleitung und -edukation geeignet)</li><li>- in klinischer Notfallmedizin anwendbar: ja</li><li>- Realitätsorientierung erforderlich: ja</li><li>- Einsatz bei eingeschränkter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung: ja</li></ul>
<p><i>Dauer der Intervention:</i> Ca. 15 – 30 min.</p>
<p><i>Durchführung:</i></p> <p><i>Ansätze zur Angehörigenbegleitung</i></p> <p>a) Drei zu unterscheidende Bewältigungsstile von Angehörigen als Reaktion auf einen Suizidversuch.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Problemorientierte Bewältigung:<ul style="list-style-type: none"><li>- Situation als zu lösendes Problem</li><li>- Aktives Aufsuchen von Unterstützung zur Lösung und Bewältigung</li></ul></li><li>2. Emotionsorientierte Bewältigung:<ul style="list-style-type: none"><li>- Konzentration auf Strategien, um den emotionalen Schmerz rund um das Ereignis zu reduzieren, wie z. B. das Führen eines Tagebuchs</li></ul></li><li>3. Vermeidungsorientierte Bewältigung:<ul style="list-style-type: none"><li>- In Maßen unerlässlich, um eine Krise zu überstehen (Garten, Fernsehen, Arbeit oder andere ablenkende Aktivitäten)</li></ul></li></ol> <p>b) Anleitung / Basics zur Gesprächsführung der Angehörigen mit der Patientin / dem Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Gesprächsaufakt:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Es tut mir leid, dass Du Dich so schrecklich gefühlt hast. Ich bin so froh, dass Du noch hier bist.</i></li><li>- <i>Ich bin für Dich da.</i></li><li>- <i>Du kannst Dich darauf verlassen, dass ich Dir zuhören werde.</i></li></ul></li></ul>



- **Basics für die Angehörigen:**

- Nehmen Sie die Hilfe anderer in Anspruch und stellen Sie sicher, dass Familie und Freunde Ihnen helfen, die (suizidale) Person zu unterstützen.
- Sie tragen die Verantwortung für die Patientin / den Patienten nicht allein, die medizinische und therapeutische Versorgung stehen jetzt im Vordergrund und ist gewährleistet.

- **Thematisierung *nicht hilfreicher Reaktionen auf einen Suizidversuch:***

- Panik: "Das kann nicht sein. Ich weiß nicht, was ich tun soll – was machen wir?"
- Beschimpfungen: "Du bist ein echter Psycho."
- Kritik: "Das war so eine dumme Sache."
- Predigen oder Lehren: "Du weißt, dass Du das nicht hätte tun sollen; Du hättest um Hilfe bitten sollen."
- Ignorieren: "Wenn ich nur so tue, als wäre das nicht passiert, wird es verschwinden."
- Die Person im Stich lassen: "Ich kann das nicht ertragen, ich muss gehen."
- Dramatisierend: "Das ist das Schlimmste, was Du hättest tun können!"
- Dinge vereinfachen: "Du brauchst nur ein paar Medikamente, dann geht's Dir gleich besser."
- Wütend oder beleidigt sein: "Ich kann nicht glauben, dass Du das versuchen würdest!"
- Die Person dazu bringen, sich schuldig oder egoistisch zu fühlen: "Wie dachtest Du, dass ich mich dadurch fühlen würde?"

***Zu verknüpfende Übungen:***

Entspannungstechniken, Übungen zur Emotionsregulation

***Quellen / weiterführende Literatur:***

Lavers, G.; Andriessen, K.; Krysinska, K. A Systematic Review of the Experiences and Support Needs of Informal Caregivers for People Who Have Attempted Suicide or Experienced Suicidal Ideation. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 5181. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095181>.  
Coker, S., Wayland, S., & Maple, M. (2019). Sane.org. Abgerufen 20. November 2023, von [https://www.sane.org/images/reports/Better\\_Support\\_Research\\_Report\\_FINAL.pdf](https://www.sane.org/images/reports/Better_Support_Research_Report_FINAL.pdf).

## 2.3 Familienzentrierte Trauertherapie

<b>Name der Intervention / Übung: Familienzentrierte Trauertherapie</b>
<i>Ziel der Intervention / Übung:</i> Reduktion des Risikos für pathologische Trauerreaktionen bei Familien mit hohem Risiko
<i>Zielgruppe:</i> Angehörige palliativer und verstorbener Patienten <ul style="list-style-type: none"><li>- elektiv und nicht-elektiv: beides möglich</li><li>- bei Kindern: ja</li><li>- in klinischer Notfallmedizin: nein</li><li>- Realitätsorientierung der Angehörigen erforderlich: ja</li></ul>
<i>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</i> Begleitung Angehöriger von PatientInnen mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko
<i>Dauer der Intervention / Übung:</i> Mehrere Sitzungen, jeweils ca. 30 – 60 min.
<i>Durchführung:</i> Adaption des manualisierten Programms für die Anwendung auf der Intensivstation: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Aufbau von Rapport und Planung der Begleitung<ul style="list-style-type: none"><li>- Frage nach Erwartungen / Wünschen der Familie</li><li>- Verdeutlichen der Zielstellung des Gespräches</li><li>- Exploration des familiären Verständnisses der Erkrankung</li><li>- Erläuterung der Möglichkeit zur Begleitung (Auftragsklärung)</li></ul></li><li>2. Verständnis der familiären Struktur<ul style="list-style-type: none"><li>- Verständnis der Rollenverteilung der Familie erlangen</li><li>- Verständnis über familiäre Muster erlangen</li></ul></li><li>3. Familienideologie und Stärken der Familie<ul style="list-style-type: none"><li>- Erfragen von Werten und Glaubensgrundsätzen</li><li>- Erfragen wichtiger Grundsätze der Familie</li><li>- Erfragen und benennen wichtiger Stärken der Familie</li></ul></li><li>4. Biografie der Familie<ul style="list-style-type: none"><li>- Erstellen eines Genogramms</li><li>- Umgang mit Trauer und Verlust erfragen</li><li>- Entwicklungsgeschichte wichtiger Familienmitglieder erfragen</li><li>- Verdeutlichen und benennen mehrgenerationaler familiärer Muster</li></ul></li><li>5. Formulierung von Kernthemen<ul style="list-style-type: none"><li>- Coping der Familie und Umgang mit Trauer</li><li>- Kommunikation innerhalb der Familie</li><li>- Zusammenhalt und Verbundenheit der Familie</li><li>- Konflikte und deren Lösung innerhalb der Familie</li></ul></li><li>6. Unterstützung der Familie<ul style="list-style-type: none"><li>- Moderation zur Verteilung der Redeanteile der Familienmitglieder</li><li>- Benennung von Stärken der Familie</li><li>- Reframing der Äußerungen der Familie</li><li>- Vermitteln von Zuwendung und Zusicherung</li></ul></li><li>7. Interventionen zur Problemlösung</li><li>8. Gesprächsführung<ul style="list-style-type: none"><li>- Zusammenfassungen während der Gespräche</li></ul></li></ol>

- Zusammenfassung des Genogramms
- Bezugnahme auf Themen des vorherigen Gespräches
- Bezugnahme auf Veränderungen der Erkrankung und Behandlung der / des Patientin/en
- Wahrnehmen und Benennen der wichtigsten Themen der Familie
- Zusammenfassung der wichtigsten diskutierten Themen

**Fokus während der Gespräche**

- Keine irrelevanten Gesprächsinhalte
- Bezugnahme auf das vorherige Gespräch

**Gestaltung der Beziehung**

- Ausdruck von Wärme in der Beziehung zu den Familienmitgliedern
- Aktives Zuhören
- Aufrechterhaltung von Neutralität
- Effektive Zusammenarbeit mit der Familie

***Zu verknüpfende Übungen:***

Entspannungstechniken, Übungen zur Emotionsregulation

***Quellen / weiterführende Literatur:***

Kissane DW. A model of family-centered intervention during palliative care and bereavement: Focused Family Grief Therapy (FFGT). In: Baider L, Cooper CL, Kaplan De Nour A, (eds). Cancer and the family. New York: Wiley, 2000:175–197.  
 Kissane DW, McKenzie M, Bloch S, Moskowitz C, McKenzie DP, O'Neill I. Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. Am J Psychiatry. 2006 Jul;163(7):1208-18. doi: 10.1176/ajp.2006.

## 2.4 Systemische Interventionen

<b>Name der Intervention / Übung: Systemische Interventionen</b>
<b>Ziel der Intervention / Übung:</b> Aufbau von Einsicht und Verständnis der aktuellen Situation, Klärung von familiären Konflikten (ausschließlich aus aktueller Behandlungssituation, keine Konflikte aus der Vorgeschichte!) zur Unterstützung der Angehörigen bei der Bewältigung.
<b>Zielgruppe:</b> Angehörige <ul style="list-style-type: none"><li>- elektiv und nicht-elektiv: beides möglich</li><li>- bei Kindern: ja</li><li>- in klinischer Notfallmedizin: nein</li><li>- Realitätsorientierung der Angehörigen erforderlich: ja</li></ul>
<b>Einsatzmöglichkeiten / Indikationen:</b> Bei Konflikten zwischen Angehörigen, bei fehlender Perspektivübernahme für die PatientInnen
<b>Dauer der Intervention:</b> Mehrere Sitzungen, jeweils ca. 30 – 60 min.
<b>Durchführung:</b> <b>Zirkuläre Fragen in Gesprächen mit mehreren Angehörigen</b> <i>„Was denken Sie wie es Ihrer Tochter dabei geht, wenn sie uns zuhört / Sie darüber reden hört wie es Ihnen geht?“</i>  Ziel: Verflüssigung von Interaktion zwischen Angehörigen, Anregung von Kommunikation über das eigene Befinden zwischen den Angehörigen.  <b>Reframing der Aussagen der Angehörigen</b> <i>„Was Sie sagen kann man auch so verstehen, dass Sie trotz aller Herausforderungen einen Weg gefunden haben immer wieder mit Ihrer Tochter Kontakt aufzunehmen.“</i>  Ziel: Ressourcenorientierte Sichtweise auf aktuelle Herausforderungen der Angehörigen; Deutlichmachen von Ausnahmen.  <b>Lösungsorientierte Fragen</b> <i>„Was haben Sie schon getan um über die letzten Tage zu kommen?“</i>  Ziel: Benennung von Ressourcen, Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens und der Handlungsfähigkeit.  <b>Hypothetische Fragen</b> <i>„Wenn Sie den schlechtesten / besten Ausgang annehmen, wie würde der neue Alltag dann für Sie / für den Patienten / die Patientin aussehen?“</i>  Ziel: Transparenz über Krankheitsverständnis sowie erreichbare Therapieziele.  <b>Veränderungs- und Skalierungsfragen</b> <i>„Woran würden Sie zuerst merken, dass sich (Symptom x) verändert hat?“</i>

„Verglichen mit den ersten Tagen, wenn diese die stärkste Belastung darstellen, wo stehen Sie jetzt auf einer Skala von 0 – 10?“ (Pole der Skala definieren)

Zu verknüpfende Übungen:

Ressourcenaktivierende Gesprächsführung

Quellen / weiterführende Literatur:

Levold, T. & Wirsching, M. (2023). Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch. Heidelberg: Carl Auer Verlag.

### 3 Therapiematerialien

Die Nutzung von Interventionen ist in der Intensivmedizin meist nicht planbar, sondern ergibt sich im Verlauf eines PatientInnen- bzw. Angehörigengesprächs. Da die Gespräche in der Regel im PatientInnenzimmer oder im Wartebereich für Angehörige bzw. einem Gesprächsraum stattfinden, sind ausschließlich transportable, platzsparende Materialien angezeigt, die im Rahmen der Hygienestandards nutzbar sind.

Skalierungsdarstellungen zur Erfassung des psychischen Befindens

- Distress-Thermometer [12], Faces Anxiety Scale [13], jeweils laminiert

Material zur Ressourcenaktivierung

- Standardisierte Bildkarten [14] oder individualisierte Bildkarten oder Fotos der PatientInnen/ der Angehörigen, jeweils laminiert
- Individualisierte Symbole bzw. Anker (desinfizier- und abwischbar)

Material für Familiengespräche

- Figuren (desinfizier- und abwischbar)

Material zur Reflektion, zur Realitätsorientierung, Zeitlinienarbeit, für das Abschlussgespräch

- Folienschreiber und laminierte leere Karten (DinA6), alternativ Schreibboard am PatientInnenbett
- Intensivtagebuch

### 4 Literatur

- 1 Deffner, T., Rosendahl, J. & Niecke, A. Psychotraumatologische Aspekte in der Intensivmedizin. Med Klin Intensivmed Notfmed 115, 511–518 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00706-y>.
- 2 BfArM - ICD-11 in Deutsch - Entwurfsfassung. (n.d.). Bfarm.de. Retrieved February 13, 2024, from [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html).
- 3 AWMF – Fachgesellschaften (2019.). S2k – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. Awmf.org. Retrieved February 13, 2024, from [https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-0271\\_S2k\\_Diagnostik\\_Behandlung\\_akute\\_Folgen\\_psychischer\\_Traumatisierung\\_2019-10.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-0271_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2019-10.pdf).
- 4 Waydhas C., Riessen R., Markewitz A. et al. Recommendations on the structure, personal, and organization of intensive care units. Front Med (Lausanne). 2023;10:1196060. Published 2023 Jun 7. doi:10.3389/fmed.2023.1196060.

- 5     Beadman, M., & Carraretto, M. (2023). Key elements of an evidence-based clinical psychology service within adult critical care. *Journal of the Intensive Care Society*, 24(2), 215–221. <https://doi.org/10.1177/17511437211047178>.
- 6     Deffner, T., Michels, G., Nojack, A. et al. Psychologische Versorgung auf der Intensivstation. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 115, 205–212 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00063-018-0503-1>.
- 7     Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI). Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie 2020). AWMF-Register-Nr. 001/012. Zugriff am 13. Februar 2024 unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/001-012.html>.
- 8     Curtis, J. R., Treece, P. D., Nielsen, E. L., Gold, J., Ciechanowski, P. S., Shannon, S. E., Khandelwal, N., Young, J. P., & Engelberg, R. A. (2016). Randomized Trial of Communication Facilitators to Reduce Family Distress and Intensity of End-of-Life Care. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 193(2), 154–162. <https://doi.org/10.1164/rccm.201505-0900OC>.
- 9     Tigges-Limmer, K., Brocks, Y. & Gummert, J. (2018). Hypnotherapeutische Prophylaxe und Behandlung von Traumatisierungen im Akutkrankenhaus. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 68(08), e18–e19. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667918>.
- 10    Hansen, E. (2022, 4. Februar). Grundlagen der Hypnotherapeutischen Kommunikation auf Intensivstationen.[Vortragsreihe]. DIVI, online, Deutschland.
- 11    Schmidt, B., Schneider, J., Deffner, T. & Rosendahl, J. (2021). Hypnotic suggestions of safety improve well-being in non-invasively ventilated patients in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 47(4), 485–486. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06364-8>.
- 12    Mehnert A., Müller D., Lehmann C., Koch U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress Thermometers – Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(3): 213-223.
- 13    McKinley, S., Stein-Parbury, J., Chehelnabi, A. & Lovas, J. (2004). Assessment of anxiety in intensive care patients by using the Faces Anxiety Scale. *American Journal of Critical Care*, 13(2), 146–152. Abgerufen von <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/2/146.full.pdf+htm>.
- 14    Krause, F. & Storch, M. (2011). Ressourcen aktivieren mit dem Unbewussten: ZRM-Bildkartei. Göttingen: Hogrefe.
- 15    DGPs - Berufsethische Richtlinien. (n.d.). [Dgps.de](https://www.dgps.de). Retrieved February 13, 2024, from <https://www.dgps.de/die-dgps/aufgaben-und-ziele/berufsethische-richtlinien/>.

## 5 Autoren und Autorinnen

**Dr. rer. nat. Teresa Deffner**, Dipl.-Rehapsych. (FH), Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Jena

**Dr. rer. hum. Anke Hierundar**, Psychologische Psychotherapeutin, Dipl.-Psych., Fachpsychologin Palliative Care, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Rostock

**Kerstin Hirschfeld**, Klinische Neuropsychologin GNP, Systemische Therapeutin SG, Dipl.-Psych., Klinik für Anästhesie, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin, Universitätsmedizin Greifswald

**Clivia Langer**, Dipl.-Psych., Stationspsychologin PICU, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Tübingen

**Urs Münch**, Psychologischer Psychotherapeut, Dipl.-Psych., Viszeralonkologisches Zentrum Westend, DRK Kliniken Berlin | Westend, Ethikbeauftragter der DRK Kliniken Berlin

**Dr. med. Alexander Niecke**, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Fakultät und Uniklinik/ Universität zu Köln

**Agnes Nojack**, Psychologische Psychotherapeutin, Dipl.-Psych., Abteilung Medizinische Psychologie, BG Klinikum Bergmannstrost Halle

**PD Dr. rer. hum. biol. Peter Nydahl**, Pflegeforschung und -entwicklung, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Kiel

**Sophie Peter**, Psychologische Psychotherapeutin i.A., Psychologin M.Sc., Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Magdeburg

**Dr. phil. Chantal Rietz-Münzenberg**, Psychologische Psychotherapeutin, Dipl.-Psych., Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsmedizin Greifswald

**apl. Prof. Dr. Jenny Rosendahl**, Dipl.-Psych., Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie, Universitätsklinikum Jena

**Katrin Schürmann**, Psychologin M.Sc., Psychosomatische Hochschulambulanz, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Katherina Wicklein**, Dipl.-Psych., Stationspsychologin Neonatologie und Kinderintensivmedizin, Sozialmedizinische Nachsorge, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena

